Nicolas Evrard

CARTEA SĂNĂTĂŢII

Traducere de
Mihai C. Niculescu

Editura LUCMAN, 1998

Editor: Lucian Borleanu
Tehnoredactor: Ela Trandafir
Coperta: Ovidiu Brezan

Titlul original:
Le Grand Livre de la sânte

Copyright © 1997 by Nicolas Evrard
l'ranslation copyright © pentru ediţia în limba română:
Editura Lucman, 1998
Copyright © Colecţia CARTEA: Grupul Ducomy

EDITURA LUCMAN - Bucureşti
Telefon/fax: 01-617 1255

ISBN: 973-98435-3-0

INTRODUCERE

Când să ceri sfatul unui medic?
Pe cine să consulţi?
Cum se desfăşoară consultaţia, îngrijirile sau operaţia?
Cum să depistezi şi să previi o maladie?

La aceste întrebări precise, lucrarea de faţă vă oferă soluţiile exacte.

» Partea întâi se ocupă în special de prevenire şi de depistare. Ansamblul mijloacelor disponibile actualmente pentru ca fiecare să se menţină într-o stare bună de sănătate: vaccinuri obligatorii sau recomandate, depistări, supraveghere... în funcţie de vârstă.

* Partea a doua a cărţii — *Când şi pe cine să consulţi?* — se ocupă de un anumit număr de probleme de sănătate. Despre patologii necesitând un echipament de vârf şi competenţa medicilor; despre afecţiunile cu caracter de urgenţă ce trebuie să beneficieze de o îngrijire cât mai rapidă. Sfaturi practice pentru propria îngrijire.

» Partea a treia descrie în detaliu intervenţiile chirurgicale cel mai frecvent practicate. Când să te operezi? Ce face chirurgul? Care sunt urmările? întrebări şi răspunsuri pentru fiecare operaţie.

• Partea *a* patra cuprinde un anumit număr de adrese şi numere de telefon deosebit de utile: clinici, centre medicale, staţiuni balneoclimaterice.

Acest ghid a fost realizat pentru interesul pe care îl purtaţi sănătăţii voastre şi sănătăţii celor apropiaţi vouă, precum şi pentru exigenţa voastră legitimă de a beneficia de îngrijiri de calitate. Fie ca această carte să poată răspunde tuturor întrebărilor voastre, pentru a vă păstra bunul care vă este oy siguranţă cel mai preţios: sănătatea! ^ ^, ,_.^. ,.1,,,J,.. ^^, ^

ittmt

aqo uşa 9Î'" fhgnî ^i^îiuanoo
fe iţ
4$ *la sanie*

•Ju*

I llrl
iî ii s^! -b K

ni . ..318
SCUTQ'
!d- *t* -7
BBH *

«u unfitiK>33<i ujjololeq iiqgau .SÎIJIB; i:i3loo*!q sbismuf! 'm
i^rjuifl'j *UD* ylinuipatfe yiqasb aoioibdm *t* xfmoo i? iiâv ab
i tun,IX fibiqin t&rn J/rj 'jTiţiignî o ub 3X*i in^d fe aiudaiî ;
" fîhqoiq m". -f

•»(!') ' ln^uniriv 5<mm 9lQMMftăl^J62 bn£3 .SÎEOS •jvosi'i
••iţriaqo -JTB Jî»fi ininaq iwanuqxfri i<; iifd

(›

1. Cum să-ţi păstrezi sănătatea

1. Copilul

2. Adultul

3. Păstrarea sănătăţii inimii şi vaselor

4. Examene complementare

5. Ultima oră

COPILUL

ţ *

în primii ani, controlul medical este în general asigurat destul de bine. Vaccinări, vizite obligatorii, medicină şcolară... Toate acestea sunt ocazii pentru prevenirea şi depistarea unor eventuale probleme de sănătate la cei mici l)ar foarte repede, unii copii riscă să scape de sub această supraveghere. A« .r,in constatare este cu atât mai regretabilă, cu cât unele vârste sunt mai ini) n n Linte decât altele, fiind momente decisive ale dezvoltării fiziologice: var.in preşcolară, adolescenţă.

în | Mginile următoare, vom aminti câteva indicii asupra punctelor cheie care ii \or putea ajuta pe părinţi.

înălţimea şi greutatea

Este important să ne preocupe dacă există o abatere semnificativă (+ 2 ••U • 2 deviaţii standard, DS) faţă de curbele de creştere care figurează în carnetul de sănătate. Cu alte cuvinte, când înălţimea şi greutatea se depărtează prea mult de normele menţionate în carnetul de sănătate, sfatul medicului devine necesar.

Alimentaţia

Trebuie să fie variată pentru a crea obiceiuri alimentare bune la copil ($i deci viitorului adult). Bineînţeles, trebuie avantajate fructele şi legumele pi oaspete, precum şi produsele lactate pentru /s calciu. In timpul adolescenţei, l*}()(}* mg/zi de calciu constituie aportul recomandat. Din nefericire, este vorba de o perioadă a vieţii când laptele şi brânzeturile nu au totdeauna un mare succes,

Nicolas Evrard

Dinţii

Spălatul frecvent al dinţilor este bineînţeles esenţial. Mulţi dentişti recomandă un control la fiecare şase luni. Doza zilnică de fluor în comprimate este uneori preconizată până la vârsta de treisprezece ani. Această „suplimentare" este totuşi contestată de unii dentişti şi medici care afirmă că prin alimentare (în special, sarea fluorurată) aporturile sunt suficiente. Pe la şase ani cresc primii molari permanenţi. Pentru prevenirea unor eventuale carii, se recomandă obturarea dârelor adânci ale acestor dinţi cu un lac (operaţie total nedureroasă efectuată de dentist).

Limbajul

La doi ani, copilul începe să aibă un anumit vocabular. La trei ani, formulează fraze. E posibil să survină o bâlbâială trecătoare. Dacă aceasta se instalează şi încă mai e prezentă la patru ani, se recomandă sfatul unui medic sau al unui asistent logoped.

Vederea

O eventuală tulburare de vedere trebuie să fie detectată cât mai devreme posibil. Cu ajutorul desenelor, a unor forme de animale pe care le recunoaşte mai mult sau mai puţin bine la o anumită distanţă, a unui avion care trece pe cer... şi mai târziu, la vârsta şcolară, poate prin constatarea unei dificultăţi în a distinge ce e scris pe tablă.

Spatele

Părinţii trebuie să fie foarte atenţi la o eventuală deformare a coloanei vertebrale: spate încovoiat (hipercifoză), spate arcuit (hiperlordoză) sau scolioză. Un medic sau un kineziterapeut poate examina spatele copilului. Copilul trebuie să fie în mod regulat urmărit de la începutul pubertăţii, în momentul unei creşteri puternice (coloana creşte atunci foarte repede).

XDOOOOOOC **Cartea Sănătăţii**

CALENDARDUL VACCINĂRILOR

l)c la l lună	**BCG**	De practicat pentru **intrarea în colectivitate.** O vaccinare precoce este rezervată copiilor care trăiesc într-un mediu cu risc. Proba tuberculinică va fi efectuată 3-12 luni mai târziu.
De la 2 luni	**Difterie, Tetanos, Tuse convulsivă, Poliomielită, Haemophilus influenzae b** (Prima injecţie), **Hepatita B** (Prima injecţie).	Loc separat pentru injecţie.
Huni	**Difterie, Tetanos, Tuse convulsivă, Poliomielită, Haemophilus influenzae b** (A doua injecţie), **Hepatita B** (A doua injecţie).	Loc separat pentru injecţie.
4 luni	**Difterie, Tetanos, Tuse convulsivă, Poliomielită, Haemophilus influenzae b** (A treia injecţie), **Hepatita B** (A treia injecţie).	Loc separat pentru injecţie.
inccpfliui i Ic Iu 12 luni	**Rujcolă, Orcion,**	Vaccinare recomandată atât pentru fete • cât şi pentru băieţei. Vaccinarea împotriva rujeolei trebuie să fie practicată de la 9 luni pentru copiii care trăiesc în colectivitate

Nicolas Evrard x>ooc>ooooc

16- 18 luni	Difterie, Tetanos, Tuse convulsivă, Poliomielită, Haemophilus influenzae b (repetare). Hepatita B (A patra injecţie).	Cu această ocazie, se poate, dacă e necesar, să se facă vaccinarea asociată Rujeolă-Oreion-Rubeolă într-un loc separat.
înainte de 6 ani	BCG	De efectuat pentru intrarea în colectivitate. Proba tuberculinică va fi făcută 3-12 luni mai târziu.
6 ani	Difterie, Tetanos, Poliomielită (A doua repetare), Hepatita B (Prima repetare).	Vaccinarea asociată Rujeolă-Oreion-Rubeolă este recomandată la copiii care încă n-au fost vaccinaţi.
11-13 ani	Difterie, Tetanos, Poliomielită, BCG, Hepatită B, Rujeolă, Oreion, Rubeolă (repetare).	BCG-ul este rezervat testelor tuberculinice negative.
16-18 ani	Difterie, Tetanos, Poliomielită, Rubeolă pentru tinerele femei ne-vaccinate. Probă tuberculinică urmată de BCG dacă e negativă.	Vaccinarea împotriva rubeolei este recomandată ulterior cu ocazia unei vizite de contracepţie sau prenupţială. Trebuie să se constate absenta unui început de sarcină (prima lună) şi să se evite orice sarcină în cele două luni care urmează injecţiei.
18-60	Tetanos, Poliomielită, Hepatită B, Rubeolă.	La fiecare zece ani. La fiecare 5 ani pentru femeile nevaccinate, până la 45 de ani.
De la 70 ani	Tetiinos, Poliomielită, vaccin untigripnl.	La fiecare zece ani. Anual

Vaccinul antipneumococic, cu repetare la fiecare cinci ani, este recomandat la cei cu insuficienţe respiratorii, la pacienţii care au un teren alcoolo-tabacic, Iu cei operaţi de splină şi la cei suferinzi de drepanocitoză.

Vaccinul împotriva hepatitei A este recomandat pentru cei care practică anumite profesii (personalul din creşe sau care lucrează la tratarea apelor u/.ute). Mai poate fi indicat şi persoanelor neimunizate care călătoresc în (Ari cu risc.

ADULTUL

în paginile care urmează ne vom limita să indicăm un anumit număr de informaţii despre prevenire şi depistare. Când să se facă analiza glicemiei, cu ce frecvenţă să se repete un examen mamografic etc.

Orice regulă generală dată în materie de prevenire se referă obligatoriu la o populaţie (un grup de indivizi). Şi totuşi, întrucât fiecare persoană are un mod de viaţă, o profesie, obiceiuri alimentare, antecedente medicale... diferite, aceste reguli ar trebui, în realitate, individualizate. Este deci dificil să dai indicaţii precise şi totodată exhaustive în acest domeniu. Medicul familiei, care îşi cunoaşte bine pacienţii, este cu siguranţă persoana cea mai abilitată să dea sfaturi pentru prevenire şi depistare de la caz la caz.

Depistarea are drept obiectiv căutarea în mod sistematic a unei eventuale anomalii sau afecţiuni latente. Dacă o problemă este identificată, scopul este începerea unui tratament cât mai repede posibil. Acest demers se poate aplica în mod individual sau colectiv (depistare în masă), în acest ultim caz, s-a constatat că la femei, o mamografie sau un frotiu cervico-vaginal, efectuate regulat, s-au dovedit eficace pentru detectarea cât mai devreme posibil a unor eventuale cancere sau leziuni precanceroase (sân, col uterin). Alte examene nu şi-au dovedit eficacitatea pentru depistarea în masă. Este ca/ul examenului clinic al prostatei şi al dozajului PSA *(Prestaţie Specific Antigen).* Totuşi, mulţi generalişti şi urologi recomandă efectuarea acestor examene în mod regulat. De fapt, ele sunt propuse de medic de la caz la caz (la dcpistajul zis individual).

Recomandările din tabelul de mai jos nu trebuie considerate decât ca o indicaţie. Fie nu privesc decât persoanele fără antecedente medicale deosebite, care se bucură aparent de o sănătate bună şi care duc o viaţă

higieno-dietetică pe care amputea-o califica drept „sănătoasă". Bineînţeles, în cazul unei probleme deosebite, persoana trebuie să se supună unor investigaţii specifice.

INVESTIGAŢII PERIODICE (FEMEI)

	20 ani	30 ani	40 ani	50 ani	60 ani	70 ani
Inmiinc ai'lrnalâ	La fiecare 5 ani pană ia 50 de ani. Mai des în caz de pilulă contraceptivă*			în fiecare an	In fi ei are an	In fiecare LIII
Aliall/.a u'iiiKrlui j(Uimiir	La fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani	I-a fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani
An.ili/.i »ftnt(rliii H>|c'»im>l	Primul control	Controale repetate în caz de pitula contraceptivă		La fiecare 5 ani	La fiecare 5 ani	La fiecare 5 ani
fiului tf ivit o Vftginil	în fiecare an până în jurul vârstei de 60 de ani					
MlMIinKiaHi-			La fiecare 2-3 ani până la 70 de ani			
l"HUiiini i u|pi(il(igii				La fiecare 2 ani până la 60 de ani		
(oiilml dciiliir	Iu fiecare an	In fiecare an	In fiecare an	în fiecare an	In fiecare an	în fiecare an

in cazul în care se ia pilulă contraceptivă: unele analize trebuie să se facă în mod regulai, in lioiinl i eraco-vaginal si colesterolul prin recoltare de sânge. Acenstă metodă contrai cptivă |Mmlr sii fir un lai 101 rl<- risc pentru afecţiunile vasculare dacă nu se ia nici o măsură de preranţie.'Oi-*t** «-slr la lei de important să se verifice tensiunea arterială (de exemplu, la fieiare reînnoire a), leiimiandâiidu-se în acelaşi timp să nu se fumeze.

Frotiul cervico-vaginal

Pentru a depista cât mai curând posibil un eventual cancer sau leziuni prccanceroase ale colului uterin, se recomandă efectuarea regulată a unui f'rotiu. Părerile sunt deocamdată divergente în ceea ce priveşte frecvenţa «cestui examen. „Oficial", acest examen este recomandat să se facă la fiecare trei ani, clar mulţi modici preconizează efectuarea lui din doi în doi ani sau chiar în luvuir .in l'c de altă parte, în funcţie de rezultatele analizei

precedentelor frotiuri, acesta poate fi repetat mai frecvent. Aceste controale regulate trebuie să înceapă la vârsta primelor raporturi sexuale şi până pe la vârsta de şaizeci şi cinci de ani.

Examen coprologic

Pentru a pune în evidenţă o posibilă .prezenţă a sângelui. In caz de rezultat pozitiv, se vor avea în vedere alte investigaţii (precum fibroscopia). Scopul este de a detecta cât mai curând posibil un eventual polip sau un eventual cancer pentru tratarea rapida într-un stadiu precoce al evoluţiei sale.

INVESTIGAŢII PERIODICE (BĂRBAŢI)

	20 ani	30 ani	40 ani	50 ani	60 ani	70 ani '
Tensiune .\rtei'ialâ	La fiecare 5 ani până la 50 de ani.			în fiecare an	în fiecare an	In flecare an
Analiza sângelui glicemic	La fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani	La fiecare 10 ani
Analiza lăngehii colesterol	Primul control		Al doilea control	La fiecare 5 ani	La fiecare 5 ani	La fiecaie .")ani
Kxamen de pinsititA şi dozaj HSA				în fiecare an până în juni! vârstei de 60 de ani		
Kxamen roprnlogic				La fiecare 2 ani până la 65 de ani		
(ionii ol tini ui	In fiecaie an	In fiecare an	In fiecare an	în fiecare an	în fiecare an	în fieraie an

Depistarea cancerului prostatei

Intre cincizeci şi şaizeci şi cinci de ani, mulţi medici recomandă un i oiisult cel puţin o dată la doi ani (sau la fiecare optsprezece luni). Este necesar un examen clinic cu palpare rectală. în acelaşi timp, se poate preconiza o analiză a sângelui, pentru determinarea PSA-uhri.

Examen coprologic

Vc/i depistările Ui femeie.

PĂSTRAREA SĂNĂTĂŢII INIMII ŞI VASELOR

Angina pectorală, infarctul de miocard, accidentul vascular cerebral, arterită la un picior — toate aceste afecţiuni ale aparatului cardiovascular l>ot sfl fie grave, uneori fatale, alteori cauza unor sechele importante.

l'lle sunt numeroase. Maladiile cardiovasculare reprezintă prima cauză do mortalitate în majoritatea ţărilor „bogate". Prevenirea lor este deci foarte importitnta. Cum? Luptând împotriva principalilor factori de risc care se nllfl In originea arteriosclerozei: exces de zahăr sau de grăsime în sânge, inhiigisin, .surplus de greutate, sedentarism, hipertensiune arterială. Rămâne <» problema esenţială: în ce mod să se evalueze şi să se cuantifice aceşti Im-tori de risc pentru fiecare individ? Căci ce este-recomandabil vecinului, nu NC potriveşte neapărat şi pentru tine! Sfaturile şi tratamentele preventive diferă de la o persoană la alta.

Medicul generalist este abilitat să facă ansamblul analizelor necesare pentru evaluarea eventualelor voastre riscuri şi să vă dea sfaturi practice de prevenire. Unii specialişti pot să vă ajute şi ei în acest demers: cardiologi, endocrinologi, specialişti în nutriţie etc. Spitalele şi clinicile propun consul-iii|ii specializate pentru efectuarea acestor analize cardiovasculare, dând i.ispunsuri personalizate.

EXAMENE **COMPLEMENTARE**

Dăm mai jos descrierea câtorva examene complementare practicate frecvent, despre care se aminteşte deseori în acest ghid. Ele participă la depistare, la diagnostic sau la supravegherea unor eventuale afecţiuni.

Examenul Doppler

Acest examen permite studierea morfologiei vaselor sanguine (în special la nivelul membrelor inferioare sau a gâtului), măsurând viteza de circulaţie a globulelor roşii. Ultrasunetele emise şi apoi recaptate de o sondă în formă de stilou gros înregistrează mişcările circulatorii ale globulelor. Viteza de circulaţie a sângelui este reprodusă de o curbă. In cazul îngustării vaselor, viteza este redusă, curba fiind mai mult sau mai puţin aplatizată.

Acest examen este foarte des asociat cu o ecografic (eco-Doppler).

Indicaţii

Analiza stării venelor şi arterelor; depistarea unei ocluziuni parţiale (MUi totale) pe traseul unui vas: cheag, trombus, flebită...

Cum se procedează

I -ocal, pielea este unsă cu un gel vâscos (care se îndepărtează la termina-rea examenului cu ajutorul unei batiste de hârtie). Practicianul deplasează sonda pe traseul arterelor sau al venelor, apăsând mai puternic în anumite locuri.

Cartea Sănătăţii

Durata
în jur de treizeci de minute.

Jenă fizică
Nici un fel de durere.

Condiţii deosebite
Nu este necesară nici o pregătire deosebită.

(''liberarea rezultatelor
Kc/nltuiul poate fi eliberat pe loc.

Kcografiu

Un nparal emite ultrasunete. Ele trec printr-o sondă de forma unui creion gru». Musa organelor întâlnite de aceste unde produce un ecou care este înregistrat de aceeaşi sondă, apolreprodus pe un ecran sub forma unei imagini Hlliinute. Ivcografia oferă medicului informaţii despre structura *interna* ti organelor explorate. In vremea din urmă, s-a progresat mult în privinţa ncesloi aparale, permiţându-se să se obţină imagini de o mare precizie.

Indicaţii

Urmărirea evoluţiei unei sarcini *(ecografic obsietricală);* suspiciuni de culculi renali sau biliari, leziuni ale splinei sau pancreasului, sau ficatului *(eco^rcifk abdominală);* suspiciune de chist ovarian, de fibrom uterin sau de Ic/iune la ve/ică, la prostată *(ecografic pelviană).*

Acesl examen permite şi explorarea altor regiuni (gât, inimă, muşchii unui membru...).

Cum se **procedează**

Pacientul este lungit pe o masă de examinare. Medicul aplică pe piele nn gel vâscos (care se îndcpărtea/ă după terminarea examenului cu o batistă de lutrtie). IMimbfl sonda pe partea ce trebuie explorată si \ i/uali/ea/fi astfel

direct pe ecran organele sau fătul. Din când în când, face o fotografie, păstrând astfel o imagine văzută pe ecran. Uneori, ca să fie foarte aproape de zona ce trebuie explorată, ecografia se face intern: pe cale endovaginală, cndorectală sau endoscopică, în interiorul tubului digestiv.

Durata

De la zece la treizeci de minute.

Jenă fizică

Nici una, cu excepţia examenelor pe cale endoscopică, endovaginală sau endorectală.

Condiţii deosebite

Ecografia obstetricală: vezică plină dacă examenul se face înainte de cea de a patra lună de sarcină (se bea cam o jumătate de litru de apă cu o oră înainte de examen).

Geografie abdominală: să se evite alimentele carminative (care favo-11 A-a/ă expulzarea gazelor intestinale) cu timp de trei zile înainte de examen.

Geografie pelvi'ană: vezica plină (se bea cam o jumătate de litru de apă i n D oră înainte de examen).

M liberarea rezultatelor

Imediat după interpretarea imaginilor de către medic.

i'ibroscopia gastrică

Acest examen, efectuat în general în cadrul spitalului, este frecvent folosii pentru explorarea părţii de sus a tubului digestiv şi în special a stomavului

Indicaţii

Suspiciune de ulcer la stomac sau hi duoden, a unei gastrite; bilanţul • viihilici unui ulcer.

Cum se procedează

Pacientului i se face o anestezie locală a gâtului cu aerosol sau o uşoară anestezie generală (neuroleptanalgezie). Mediul introduce în esofag un tub suplu şi fin (cu diametrul interior de l cm) dotat cu o sondă optică şi un sistem de iluminare. Acest flbroscop trimite pe ecran o imagine în timp real succesiv a esofagului, a stomacului şi duodenului. Pentru ameliorarea vederii locale, prin tub se poate introduce aer pentru întinderea ţesuturilor. Dacă e nevoie, se face şi o biopsie. O pensetă foarte mică este introdusă în tub pentru efectuarea prelevărilor.

Durata

De la cincisprezece la treizeci de minute, în funcţie de asocierea sau nu ii unei biopsii.

.U'iift fizică

Introducerea tubului este neplăcută şi provoacă o salivare puternică — tui trebuie încercat să se înghită. Se poate simţi o uşoară durere de gât timp de una-doufl /ile după examen.

Condiţii deosebite

Sft nu se mănânce nimic cu cel puţin şase ore înainte de examen (nici un fel de hrană, lichidă sau solidă) şi să nu se fi fumat, deoarece tutunul provoacă secreţii gastrice.

Să nu se înghită nimic cel puţin o oră după examen.

Eliberarea rezultatelor

Imediat pentru imaginile vizualizate pe ecran, peste vreo opt zile pentru biopsie.

Holter

\ •′, vorba de o electrocardiogramă de lungă durată care se practică ambulalorui (acasă). Astfel se pot înregistra ritmurile inimii timp de 24 sau 48 de oh'

Nicolas Evrard

Indicaţii

Tulburări de ritm cardiac neidentificate de electrocardiograma clasică, de o durată prea scurtă; detectarea semnelor electrice de insuficienţă coronariană...

Cum se procedează

în cabinet, cardiologul aşează pe pielea toracelui electrozi (în jur de şase) legaţi la un mic aparat înregistrator—purtat la centură sau în bandulieră — care captează toate undele electrice provocate de activitatea cardiacă. La întoarcerea acasă, pacientul duce o viaţă aproape normală pe toată durata examenului. Toate activităţile sale vor fi notate pe o fişă înmânată apoi medicului. După trecerea perioadei, cardiologul scoate aparatul, înregistrarea este „decodificată" şi analizată.

Durata

24 până la 48 ore.

Jenă fizică

E necesar să se păstreze echipamentul în timpul somnului. Băile şi duşurile sunt interzise.

Condiţii deosebite

Orice tratament medicamentos trebuie semnalat cardiologului care va hotărî dacă va fi menţinut în timpul examenului.

Eliberarea rezultatelor

în două zile până la o săptămână, în funcţie de urgenţă.

IRM — Imagini prin rezonanţă magnetică sau RMN— Rezonanţă magnetică nucleară

Acest examen este practicat de un radiolog specializat, la spital sau la clinicii. Se obţine astfel o imagine în secţiune foarte precisă, în planuri multiple, a organelor de explorat. Tehnica, foarte sofisticată, constă în a

supune protonii (nuclee de hidrogen conţinute în ţesuturile noastre) unui câmp magnetic intens. Undele emise sunt retranscrise de un computer care liunsmile o imagine foarte detaliată pe un ecran.

Indicaţii

Traumatism al coloanei vertebrale; hernie de disc, comprimarea unor rrtdacini nervoase; suspiciune de tumoare — benignă sau malignă — a miUluvei spinării; suspiciune de scleroză în plăci; vizualizarea organelor capului, gâtului, toracelui şi abdomenului; căutarea unor anomalii la nivelul articulaţiilor...

(.'uni se procedează

Pacientul se întinde pe un plan mobil care alunecă în interiorul unui cilindru lung şi îngust. Cu intermitenţă, răsună un zgomot intens cu durată vnri«bila. Pacientul e pasiv şi trebuie să respire calm. Medicul, situat într-o tncQpcre vecină, urmăreşte ecranul computerului. Pacientul poate să anunţe tn orice moment medicul cu un semnal de apel.

Durata

In jur de o oră.

Jenă fizică

N ici o durere. Neplăcere cauzată de zgomotul intens al aparatului. Pentru unii, senzaţie de claustrofobie.

Condiţii deosebite

Să nu se poarte nimic din metal (agrafe, bijuterii). Aurul, argintul şi plumbul nu interferează cu câmpurile magnetice.

Atenţie! Măsuri de precauţie la persoanele cu proteze osoase sau vascu-l.trc. paccmakcr, clipsuri chirurgicale...

Klihcrurea rezultatelor

Imediat dupA interpretarea imaginilor de către medic.

Nicolas Evrard

Mamografia

Este o radiografie a sânilor.

Indicaţii

Ca supraveghere de rutină la femeile trecute de patruzeci de ani (control ce trebuie făcut din doi în doi ani); înaintea unei hormonoterapii substitutivă menopauzei; identificarea unei tumori detectată la palpate; control după tratamentul unui cancer al sânului....

Cum se procedează

Pacienta stă în picioare, cu bustul gol, în faţa aparatului radiografie. Sânul este aşezat pe un suport plat din plexiglas şi comprimat de o placă fotografică. Practicianul face două fotografii pentru fiecare sân (faţă şi profil), l)coarece developarea filmului poate fi făcută aproape imediat, se pot face ţi alte poze pentru obţinerea unor precizări suplimentare.

Durata

De la 10 la 15 minute.

Jenă fizică

Presiunea destul de puternică exercitată asupra sânilor nu este prea «imfortabilă, mai ales dacă sunt umflaţi şi dureroşi. Dar acest inconvenient încetează imediat după terminarea examinării.

Condiţii deosebite

Nu este necesară nici o pregătire deosebită.

Eliberarea rezultatelor

Imediat după interpretarea clişeelor de către radiolog.

Scanerul sau tomodensitometria

Foloseşte ra/e X din mai multe unghiuri, apoi imaginile sunt prelucrate • le computer. Acest control permite obţinerea unor clişee deosebit de precise ilt? oiy.anelor vft/ute în secţiuni-

Indicaţii

l Explorarea morfologică a diferitelor orjgane: ficat, plămâni, splină, rinichi, ve/ică...; depistarea unei anomalii vasculare la nivelul craniului; analiza traumatică a coloanei vertebrale; depistarea unei eventuale hernii de disc...

Cum se **procedează**

Pacientul se întinde pe un fel de masă plană care alunecă lent în interiorul unui tub. Medicul vizualizează ecranul de control. Opreşte masa pentru a l'ucc di ferite fotografii. Atunci se cere pacientului să nu mişte şi să nu respire preţ de câteva secunde.

Uneori se injectează intravenos o substanţă de contrast, în acest caz, un eateter este plasat într-o venă pentru a permite împrăştierea în sânge a substanţei în cursul examinării.

în ca/ul unei tomografii abdominale, e posibil să fie necesară ingerarea unei substanţe de contrast cu câteva ore înainte de examinare.

Durata

l)e la 15 la 40 de minute.

Jenă fizică

Ivventuala injectare a unei substanţe de contrast poate să provoace o sen/aţie neplăcută de căldură difuză în tot corpul, care însă se estompează destul de repede.

Condiţii deosebite

Atenţie! Măsuri de precauţie pentru persoanele alergice la iod în cazul administrării unei substanţe de contrast.

Tomografiile abdominale şi pelviene sunt contraindicate la femeile gravide.

(''liberarea rezultatelor

Imediat după interpretarea clişeelor de către radiolog.

Nicolas Evrard :>ooooooc>cx:

Urografie intravenoasă

Acest examen radiografie al rinichilor şi ale căilor urinare permite cunoaşterea în parte a morfologiei şi funcţionării lor.

Indicaţii

Când un pacient e suspect de calculi renali sau de malformaţie a rinichilor sau a căilor urinare; căutarea unei tumori; infecţii urinare repetate; prezenţa sângelui în urină; tulburări de micţiune (hiperfrecvenţă, debit diminuat)...

Cum se procedează

Injectarea în sânge, în general printr-o venă a braţului, a unei substanţe de contrast iodate opacă la razele X, care se elimină prin rinichi în urină.

în afara pozelor zonei explorate, unele clişee sunt făcute când vezica e plină, apoi când e goală. Uneori se fac poze şi în timpul micţiunii.

Durata

între l şi 2 minute.

Jenă fizică

Injectarea unei substanţe de contrast poate provoca o senzaţie neplăcută de căldură difuză în tot corpul, care se estompează destul de repede.

Condiţii deosebite

Se poate recomanda pacientului să nu mănânce cu opt până la zece ore înainte de examinare.

Atenţie! Având în vedere injectarea unei substanţe de contrast, trebuie să se ia măsuri de precauţie în cazul alergicilor, astmaticilor, persoane suferinde de ec/.cmfl şi de diabet.

Este contruiiuliciit In femeile gravide.

ULTIMA ORA

Ulcer la stomac

Implicaţia unei bacterii

|)c când s-a descoperit prin anii optzeci că o bacterie cu numele savant de *Ih'lkohucter pylori* este implicată în gastrita cronică şi ulcerul gastfo-dundenal. s-au tăcut numeroase cercetări, în funcţie de tipul de leziune inlCNliiiiilA observată printr-o fibroscopie cu prelevare — gastrita cronică, ulcer duodenul sau gastric —, tratamentele propuse pot fi diferite, în cazul unei maladii ulceroase duodenale cu *Helicobacterpylori* pozitivă, tratamen-tul se ba/ca/t'i pe asocierea a trei medicamente. Trebuie să se ia pe cale buealft, timp de o săptămână, un antisecretor şi două antibiotice. Bacteria este eliminată în 90% din cazuri.

Operaţii pe inimă

Mari progrese

l ste vorba de noile tehnici de chirurgie cardiacă. Una dintre ele datează i1m l y%. Prin videochirurgie echipa profesorului Alain Carpentier (spitalul Hioussais, Paris) a putut să opereze pe inimă deschisă (prin auricului stâng) vulva mitrală a unei paciente. Incizia toracelui a fost mult mai mică decât în cu/.ul unei intervenţii clasice, permiţând pătrunderea până în interiorul inimii u unei sonde echipate cu un aparat optic şi un sistem de iluminat, ca şi a unor instrumente foarte fine. în afara avantajului estetic (cicatrice mici).

această tehnică oferă urmări mult mai confortabile, chirurgul nemaităind oasele cuştii toracice în cursul operaţiei.

Cu câteva luni mai înainte s-a realizat si un pontaj coronarian prin videochirurgie. Această operaţie a fost efectuată pentru prima dată în Statele Unite, apoi în Europa de echipa profesorului Iradj Gandjbakhch (la Pitie-Salpetriere. Paris). Pentru ducerea la bun sfârşit a acestui pontaj, au fost necesare trei incizii mici (dintre care una de câţiva centimetri). Chiar dacă aceste tehnici operatorii noi rămân excepţionale şi merită să fie încă mai bine evaluate, ele constituie un progres deosebit de interesant.

Hipercolesterolemie

Avantajul unor medicamente

în ultimele luni, în publicaţiile ştiinţifice şi la congresele de cardiologie, a fost foarte des vorba de statine. După rezultatul studiilor, aceste medicamente prescrise unor pacienţi cu hipercolesterolemie ar avea urmări deosebit de interesante. Astfel, la pacienţii care suferă de maladii coronariene, cu un procent de colesterol cuprins între 5,5 şi 8 milimoli/litru, aceste medicamente ar reduce numărul accidentelor cardiace, dar şi al mortalităţii. Produse foarte apropiate de precedentele, date unor pacienţi suferind doar de o uşoară hipercolesterolemie (fără probleme coronariene), ar diminua şi numărul de decese de origine cardiovasculară.

Boli infecţioase

Prionul

In momentul în care scriu aceste rânduri, se pun multe întrebări leleritoarc la acest agent misterios: prionul. Această proteină foarte enigmalicrt se alia deja în mi! nil n numeroase de/bateri ştiinţifice după moartea unor copii lra!a|i cu hounnmil creşterii în urmă cu mulţi ani. Dar discuţiile tiu 1'ost rcluule în murtic 1996 curiei a apărut ca/ul „vacilor nebune".

l nccfalopatiile spongiforme se întâlnesc la vaci, oi sau feline. Forma umană •o numeşte maladia Creutzfeldt-Jakob.

Cercetările viitoare vor încerca să ducă la mai buna cunoaştere a prionului (contrar bacteriilor sau virusurilor, el nu are nici înveliş, nici membrană). Ce rol are în dezvoltarea acestor maladii? Care e modul exact de transmitere?

Cercetările sunt abia la început.

1. Când şi pe cine să consultăm?

URGENŢE:

Infarct
Arsuri
Răni ale mâinii
Durere rebelă de dinţi

PEDIATRIE:

Tulburări de somn la copii
Copilul care şchioapătă
O deformaţie a piciorului

NEUROLOGIE:

Când memoria joacă feste
Migrenele rebele
Insomnia nu c o fatalitate

GINECOLOGI K:

Sterilitate
Cum SA supor|i bine **menopauza**

CANCEROLOGIE:

De la primele semne la tratament
Cancer: aveţi un teren ereditar?

ALCOOLOGIE-TOXICOMANIE:

Alcoolism
Droguri

Suferinţele celor înaintaţi în vârstă
îngrijiri medicale paliative

URGENTE

INFARCT

în caz de accident cardiac trebuie să se acţioneze urgent. Este deci important să se cunoască simptomele pentru ca reacţia să fie cât mai rapidă cu putinţă.

CE TREBUIE SA NE ALARMEZE

în general, acest accident coronarian este indicat de unul sau mai multe semne:

* O durere toracică: senzaţia unei dureri acute în piept strângând ca într-o menghină, sursă uneori de angoasă, jenând respiraţia.

» O durere în ambele braţe, în maxilare, în spate sau la încheietura mâinilor.

* Această suferinţă poate fi însoţită de greaţă.

* Ea poate să survină atât ziua cât şi noaptea.

* Persoanele care au suferit de una sau mai multe crize de anghina pectorală cunosc mai bine aceste simptome. Dacă, după ce se ia Irinilrinfl (spmy: l -2 pulverizări sub limbă; comprimate: de lăsat să se lopcascA sub limbfl), durerea nu cedează în 1-5 minute, se impune conNultnrea mnlu ului!

Cazul cel mai dramatic este infarctul fulgerător (persoana se prăbuşeşte brusc şi moare după câteva minute). Această situaţie nu este, din nefericire, excepţională. Infarctul este de altfel prima cauză a deceselor bruşte.

Simptome diferite

Dar manifestările care indică un accident cardiac sunt uneori puţin revelatoare (în special la unii diabetici şi persoane în vârstă). Infarctul poate fi indicat de simptome foarte diferite unele de altele: dureri în stomac, senzaţie de greaţă, vomă, dificultăţi respiratorii... Şi, în mod greşit, aceste simptome pot II puse pe seama unor tulburări digestive sau pulmonare aparent lipsite de gravitate.

Chiar dacă unele dintre aceste simptome par puţin specifice, alţi parametri merită să fie luaţi în considerare. Dacă, de exemplu, persoana este un fost marc fumător şi prezintă un exces de colesterol în sânge. Pe lângă unele semne atipice, aceste două informaţii pot să fie suficiente pentru a lua cu un medic în vederea efectuării rapide a unor investigaţii.

Cine poate suferi un infarct?

în general, bărbaţii de peste cincizeci de ani şi femeile de peste şaizeci '!'• uni (şi care sunt sedentare); persoanele care au suferit deja de anghina l'ivtoralfl sau cele ce suferă de hipercolesterolemie sau de hipertensiune .11 leriulă; fumătorii sau foştii mari fumători; diabeticii sau cei care suferă de obc/itate.

l btuşi, se întâmplă ca un infarct al miocardului să se manifeste la vârsta de treizeci şi cinci de ani la o persoană aparent sănătoasă... un cardiac care iui ştia că e cardiac. Din fericire, acest caz e mai curând rar!

l {ste deci important ca, de la primele manifestări suspecte, să se apeleze In o echipă de urgenţă sau la un medic, căci în cazul confirmării diagnosticului de infarct, îngrijirile medicale trebuie date cât mai repede posibil.

M ai puţin de trei ore... pentru a salva o inimă!

în cu/ul infarctului de miocard, zonele muşchiului cardiac care nu mai •unt irigate riscă să moară rapid dacă obstrucţia coronariană nu e înlăturată tn cAt mai scurt timp. Consecinţă: diagnosticul trebuie stabilit cât mai repede cu pulinţA — răga/ul îndeobşte admis este de trei până la şase ore — pentru

ca apoi să se întreprindă un tratament eficace! După trecerea acestui timp, leziunile miocardice sunt ireversibile, chiar dacă ulterior se obţine redeschiderea arterei coronariene. Pentru a câştiga această cursă contra cronometru, soluţia profesorului Jean-Philippe Metzger, cardiolog, este clară: „La cea mai mică bănuială, trebuie chemată salvarea".

Este neapărat necesar ca medicul să facă o electrocardiogramă (EKG), examen care poate să fie suficient pentru confirmarea diagnosticului de infarct. El are avantajul că poate să fie făcut uşor şi este rapid de interpretat. Electrozii sunt plasaţi pe torace, la încheietura mâinilor şi la călcâie. După ce electrozii sunt legaţi la aparat, înregistrarea activităţii electrice a inimii nu cere mai mult de două-trei minute; interpretarea electrocardiogramei nu durează nici ea mai mult. Pe lângă faptul că precizează existenţa unui accident cardiac grav, acest examen indică regiunea muşchiului cardiac care este atinsă. In funcţie de zonele atinse ale inimii, infarctul poate să fie mai mult sau mai puţin sever. EKG-ul permite şi diagnosticarea unei eventuale tulburări a ritmului cardiac (extrasistole ventriculare, bloc auriculo-ventricular...) — complicaţii posibile ale unui infarct.

Deci, în câteva minute se poate lua o decizie pentru începerea primelor îngrijiri medicale.

în cazuri rare, EKG nu permite diagnosticarea cu certitudine a unui infarct. Atunci se pot obţine informaţii suplimentare printr-o analiză a •.ângelui, dozând unii marcatori biochimici, în caz de infarct, distrugerea (•ciulelor musculare cardiace eliberează în sânge substanţe în mod normal conţinute în aceste celule. Consecinţă: creşte concentraţia în sânge a acestor proteine: mioglobina, creatin-kinaza, troponinele etc. Diagnosticarea infarctului prin dozarea acestor substanţe are marele inconvenient de a dura cam mult. în cel mai bun caz, acest diagnostic este posibil în ora a doua sau a i reia, prin intermediul unei dozări a mioglobinei.

Dar această dozare pre/intă şi un alt interes. Ea permite să se evalueze .imploarea infarctului şi eficacitatea unei eventuale trombolize, tratament ce trebuie făcut în primul rând în caz de infarct recent, care are drept scop ' li/olvurcu chelitului de sânge. l)o/arcu acestor marcatori cardiaci, efectuată la oarecare timp dupfl liombuli/,fl, olerfl informaţii despre efectul medicamcnlelor injectate.

Tratament imediat

Medicamentul trombolitic este injectat în una din venele braţului. Intrând în sânge, substanţa respectivă ajunge în inimă, şi în special în artera coronariană obturată pentru a acţiona local. In 50-70% din cazuri aceste medicamente (streptochinaza aciclică etc.) reuşesc să dizolve cheagul. Aceste substanţe sunt în general bine tolerate de organism, ţinându-se cont în mod scrupulos de contraindicaţii. Inconvenientul major al acestor substanţe este riscul unei hemoragii.

Tratamentul trombolitic poate să fie injectat imediat ce diagnosticul de infarct este sigur. Trebuie încă o dată subliniat că factorul timp este esenţial, l licacitatea trombolizei este cu atât mai mare cu cât injectarea medicamentelor e mai timpurie.

Alte medicamente sunt administrate în faza acută a accidentului cardiac, pi mim un beta-blocant care limitează amploarea infarctului, diuretice, inhibitori ai enzimei de conversie sau derivate de nitraţi în caz de insuficienţă vi'iitriculură stângă etc. Tratamentele trebuie să mai ia în calcul starea clinică M pacientului (tensiunea arterială, respiraţia...) pentru a corecta eventualele liilhurflri.

în sfârşit, medicul sau echipa care acordă îngrijirile medicale trebuie să se ocupe cât mai repede posibil de eventualele complicaţii legate de infarct. Acestea pot să fie mai mult sau mai puţin severe. Să amintim câteva dintre ele. Un şoc vagal (încetinirea frecvenţei cardiace, uneori sincopă...) necesită injectarea de atropină. Extrasistolele ventriculare (bătăi anormale ale ventriculilor) se tratează cu xilocaină. Aceste extrasistole pot să evolueze spre o librilaţie ventriculară (anomalie a ritmului cardiac foarte gravă). Aceasta se poale manifesta din primele momente ale unui infarct şi duce la o moarte subita. O altă complicaţie este un bloc auriculo-ventricular, tulburare a ulmului care se defineşte prin absenţa conexiunii electri«e între auricule şi ventricule, în acest caz, se administrează unele medicamente sau o sondă (de antrenare) poate să fie lăsată în interiorul ventriculului drept. Această M Hulit este legată la un stimulator electric (pilă). Mai există şi alte complicaţii |( )• itc de infarct, care sunt deci destul de numeroase.

Dupfl internarea sa la spital, pacientul este urmărit în continuare cu imillfl nlenjie. Urmarea investigaţiilor şi a îngrijirilor medicale depinde de

vârsta pacientului, de starea lui generală de sănătate şi, bineînţeles, de caracteristicile infarctului. Se poate avea în vedere o coronarografie (examen radiografie care permite vizualizarea arterelor coronariene şi îngustarea lor). După aceea, poate să fie suficient un simplu tratament medicamentos. Uneori însă se ia hotărârea unei angioplastii (dilatarea zonei îngustate) sau a unui pontaj aorto-coronarian. Oricum ar fi, în săptămânile care urmează manifestării infarctului de miocard, se întâmplă ca pacientul să aibă dificultăţi în reluarea unei vieţi cotidiene „normale". Consecinţe psihologice, corectarea modului de viaţă, uneori modificarea igienei alimentare... Se poate recomanda un sejur într-o clinică de readaptare funcţională.

IN INIMA INFARCTULUI...

Ca să bată regulat, muşchiul cardiac are nevoie de un aport constant de sânge (sau mai exact de oxigen adus de sânge). Acest muşchi este irigat de arterele coronariene. Când există o obturare completă a uneia sau a mai multor artere, atunci se produce un infarct. Rezultat: regiunile inimii care nu mai sunt irigate „suferă" progresiv din lipsă de oxigen. Dacă nu se face nimic pentru înlăturarea acestor obturări, ele se necrozează şi mor.

CÂND SE FACE UN ŞOC ELECTRIC EXTERN? *~]*

Atunci când există o tulburare gravă a ritmului cardiac: o fibrilaţie ventriculară, în acest caz, regiunea care „comandă" contracţia ventriculelor a fost atinsă de infarct. Ventriculele şi-au pierdut orice eficacitate, nu se mai contractă regulat, sângele nu mai circulă în organism. Persoana îşi pierde cunoştinţa. Graficul electrocardiogramei arutîi oscilaţii mari foarte fine.

Primck- gesturi de reanimare: efectuarea unui masaj cardiac (acţionând c;i pompa cardiacă), apoi un şoc electric extern, chiar mai multe, iu încercare» de a restabili o bună sincronizare a contruc(iei venii iculelor,

SCENARIUL UNEI URGENTE

Când salvarea soseşte la domiciliul unui pacient (perfect conştient) care suferă de o durere toracică suspectă, evenimentele se înlănţuie cu mare rapiditate. În timp ce pune două-trei întrebări cheie pentru confirmarea diagnosticului, un medic sau un infirmier plasează electrozii (pentru EKG) pe pacient, căruia i se cere să nu mişte, în timpul înregistrării EKG-ului, se pregăteşte materialul pentru a i se da pacientului puţin oxigen şi pentru a plasa o perfuzie cu un eventual tratament trombolitic care va putea să fie administrat în timpul transportului la spital.

f->iv importări >â >i cui[1] '.< ţ «t :. ji * > (< «.')•

1111 MIIIfţI. ICXCCSUi j -MU' i l t, t 41.» !i!l U"C PV'.(! * ! ' » 4 i * . Hi.^

In vn/de dtiii^c >as»,vi ... » i » e t - , t ' ' >*i* -i j< «-t . îr Î.H< nşiM/Mc pe scauit ^<tu lis;.;;"sie .. \ •. <*A* ^> . *•••. „*n,* ,s [!]u<.Jit au>i.

Cu cine luăm legătura

Scopul este rapiditatea şi eficacitatea. De aceea trebuie chemat un medic gcneralist sau un cardiolog imediat disponibil şi echipat cu materialul medical adecvat.

ARSURI

Fie că arsura e provocată de foc sau de un lichid fierbinte, este esenţial să se reacţioneze repede, fără panică, şi cu reflexe bune. Comportamentul depinde mai ales de importanţa arsurii.

Gradele arsurii

Este vorba de unul dintre parametrii care determină gravitatea unei arsuri. Acest grad exprimă adâncimea leziunii.

Gradul l — Leziunea se situează doar la nivelul epidermei, partea cea mai superficială a pielii. Arsura capătă aspectul unei arsuri de soare, a unui oritem: roşu şi dureros.

Gradul 2 — în afară de epidermă, derma este şi ea atinsă într-o măsură mai mică sau mai mare. De altfel, există gradul 2 superficial şi gradul 2 profund. In cazul acestor arsuri apar băşici, care corespund dezlipirii anumitor regiuni ale pielii. Dacă o băşică se sparge, dedesubt pielea este de un roşu stacojiu şi dureros.

Gradul 3 — Toată grosimea pielii este arsă. Nu apare nici o băşică. Paradox: în cazul acestor distrugeri profunde, durerea e mult mai mică şi le/iunile au aspectul de piele de culoare închisă (aproape „normală"). Aceste irsuri necesitfl îngrijiri meclicule foarte importante, şi chiar un tratament hirurgicul.

Evaluarea suprafeţei

Arsurile sunt definite şi în funcţie de acest criteriu. Suprafaţa arsă este cuantificată în procentaj al suprafeţei totale a pielii corpului, în mod simplu, acest „calcul" se face prin „regula lui 9". Capul şi gâtul reprezintă 9% din suprafaţa corporală. Fiecare membru superior reprezintă tot 9%. Tot spatele: de 2 ori 9%. Toracele şi abdomenul: de 2 ori 9%. Fiecare membru inferior (de la coapsă la picior): de 2 ori 9%.

CE TREBUIE FĂCUT

Arsuri grave

Sunt de gradul 2 sau 3 (ajung până la dermă şi dincolo de ea) şi afect ca/ă mai mult de 15% din suprafaţa corpului (de exemplu, pieptul şi aproape tot abdomenul).

Arsura mai trebuie să fie considerată „gravă" dacă este atinsă 111(11, sau în cazul unui copil dacă (pe cel puţin 10% din suprafaţa corpului) este profundă.

• Imediat trebuie chemat medicul sau salvarea şi să se prevadă spitali/areaîntr-un centru specializat.

în aşteptarea primelor îngrijiri medicale:

* Nu daţi victimei să bea sau să ia vreo pastilă.

* N u-1 dezbrăcaţi, exceptând cazul când e vorba de o arsură provocată de un lichid fierbinte sau de o substanţă chimică.

• Aşezaţi cât mai repede posibil în acel loc apă rece timp de 1-5 minute (nu mai mult). Să nu aplicaţi creme, unguente sau oricare alt produs.

Arsuri de gravitate medie

l .cziunile sunt de gradul 2 (ele vor duce la apariţia băşicilor) şi depăşesc *2%* din suprafaţa corpului (de exemplu, toată talpa piciorului).

* Arsura trebuie pusă imediat sub apa rece a robinetului şi lăsată cel puţin 12 minute. Asta diminuează profunzimea leziunilor şi calmează durerea.

* Nu trebuie să se aplice local nici cremă, nici unguent fără sfatul medicului.

* Consultul medical este necesar şi trebuie să fie imediat; primele îngrijiri medicale nu trebuie deloc să se lase aşteptate.

Arsuri uşoare

Au o întindere mică şi sunt superficiale, fără să treacă de gradul 2 (arsura a atins epiderma şi o parte din dermă).

* Arsura trebuie lăsată peste 15 minute sub un robinet cu apă rece, după care se aplică un unguent (prescris de medic sau cumpărat de la farmacie).

* Dacă apare o băşică, nu trebuie să se mai aplice unguent. Până când băşica nu se sparge, se recomandă să nu fie atinsă. Sfatul unui medic poate să fie util dacă băşica se sparge.

A

In cazul unor arsuri grave, este indispensabil ca victima să fie internată într-un centru specializat. Tratamentul depinde de gradul arsurii şi de suprafaţa corporală afectată, dar şi de localizarea arsurii (ochi, gură, mâini, regiunea feselor), de starea de sănătate a pacientului şi de vârsta lui.

Tratamente

Una dintre primele îngrijiri medicale are drept scop să lupte împotriva infecţiilor care ar putea să ducă la complicaţii grave, în cazul arsurilor profunde, se lac grele cutanate. Există mai multe soluţii. Se pot efectua tuitogrefe (grefe de piele provenind chiar de la pacient). Rezultatele sunt bune, dur e posibil sA fie dificilA KAsircn unor porţiuni de piele „sănătoasă" ttHupra pacientului. AHA poNlbililiito umslA în reali/arca alogrefclor: pielea

»

c- prelevată de la o persoană în comă ireversibilă sau de la un cadavru. Din nefericire, există un mare deficit de alografe cutanate.

în privinţa alografelor, uneori este necesar să se facă o punere în cultură. Cu ajutorul unui fragment de piele sănătoasă aparţinând pacientului, este posibil să se obţină în laborator un metru pătrat de epidermă în trei săptămâni. Această epidermă reconstituită (strat superficial al pielii) poate fi apoi grefată cu succes pacientului.

Altă problemă: episoadele dureroase care se succed. Dacă nu este îngrijită cum trebuie, această suferinţă repetată are consecinţe atât fizice cfll si psihologice ducând la oboseală intensă şi angoase. E posibil ca bolnavul sft nu mai suporte nimic, nemaiacceptând să fie atins sau să fie îngrijit.

In ceea ce priveşte mâncărimile, ele sunt tratate de la caz la caz. Medicamentele prescrise cel mai frecvent sunt calmantele, uneori neurolepticele. Alte mijloace: relaxarea, sofrologia şi o susţinere psihologică.

TriHamcntele au ca scop reducerea sechelelor fizice, funcţionale, psihologice şi estetice ale pacienţilor cu arsuri.

- PREVENIRE PRIN MIJLOACE SIMPLE ŞI - EFICACE

Cauzele sunt deseori aceleaşi. 70% dintre arsuri sunt provocate de accidente casnice. De vină sunt în principal lichidele fierbinţi şi flăcările. Pe de altă parte, 30% dintre cei cu arsuri sunt copii şi sugari.

De aceea se cuvine să fim deosebit de atenţi în bucătărie — mai ales cu cei mici. In sala de baie, e important să verificăm tempe-
i .itura apei şi să nu lăsăm niciodată un copil în cadă nesupravegheat, l rcbuic subliniat faptul că apa caldă este distribuită foarte des la temperaturi excesive (apa caldă arde de la 45 de grade Celsius şi provoacă frecvent le/i uni grave la îmbăiatul sugarilor sau al persoanelor în vârstă).

Nicolas Evrard

>OOCXD<^>OC>CX:

* Nîciot • •*!* -• *i* "'>hmc *>;"» se **aplice unt, nKi <.au** bnu pe.>tc i -rsură.

RĂNILE MÂINII: SOLUŢII S.O.S.

Plăgile mâinii pot avea origini diferite, cu consecinţe la fel de diferite în funcţie de leziunile iniţiale, de starea generală de sănătate a rănitului şi de tratamentele aplicate. Mai întâi este esenţial ca pacientul să beneficieze ntpiil t k- îngrijiri medicale.

/Vi/ *neglija niciodată o rană mică*

('fti-i. pe lângă faptul că a tăiat pielea, obiectul care a provocat traumathniul a atins poate un vas, un tendon... Chiar dacă aparent leziunea pare siipn lU'ială, este important ca rana să fie corect examinată înainte de a fi închisă; repararea unor elemente situate mai în profunzime se dovedeşte uneori indispensabilă. Se cuvine de asemenea o mare vigilenţă faţă de o probabilă infecţie ale cărei prime simptome e posibil să se manifeste la cAleva /iIc după accident.

Această regulă de prudenţă merită să fie aplicată şi în cazul unor fracturi NWI entorse, în aceste cazuri, un examen minuţios al mâinii este indispensabil pentru a delecta o eventuală leziune internă care ar putea să compromită o u • uperare perfectă.

Rănile de muşcături sunt şi ele frecvente (câini, pisici...): încheietura şi dtiMil mâinii sunt regiunile cele mai frecvent afectate, încă o dată, primele îngrijiri nu trebuie să se lase aşteptate. Pe lângă gravitatea unor leziuni, riscul infecţiei este şi el prezent. Ori, foarte des, pacienţii muşcaţi de animale vin destul de târ/.iu la doctor (după câteva zile), după ce apare un flegmon

sau o limtangită. îngrijirile medicale vor fi atunci mai dificile şi mai lungi. O cicatrizare bună a rănii depinde în mare parte de tratamentul precoce, O ultimă remarcă. Este important ca animalul să fie pus sub supraveghere veterinară.

în cazul traumatismelor grave, se impune de urgenţă intervenţia unui chirurg. Cel mai important lucru este să nu intrăm în panica şi să beneficiem de îngrijiri medicale cât mai repede posibil.

CE FACEM ÎNAINTE DE INTERVENŢIA MEDICULUI

* Ne păstrăm calmul.
* Luăm legătura cu un medic sau cu un serviciu de urgenţă.
* în caz de sângerare—comprimare locală. Eventual un pansament cu comprese. Să nu punem garou.
* Accidentatul nu trebuie nici să mănânce şi nici să bea, nici măcar un pahar cu apă. Căci dacă se are în vedere o intervenţie chirurgicală în cât mai scurt timp, pacientul trebuie să nu aibă nimic în stomac.

în cazurile grave, azi se poate face o reimplantare a unui deget sau a mai multor degete, în această ipoteză, cel mai bine este să se ţină porţiunea secţionată într-o pungă cu ser fiziologic (nici vorbă de alcool!), punând apoi totul într-un recipient plin cu gheaţă. Rezultatul operaţiei va depinde ni parte de factorul timp. Dacă durata dinaintea intervenţiei chirurgicale nu ilepSşeşte 6-8 ore, pronosticul este încurajator. După trecerea a douăzeci şi patru de ore, şansele de succes ale acestei reimplantări sunt mult mai mici.

în general, operaţiile mâinii nu necesită anestezie generală (cu excepţia i/.urilor deosebite do politrmimutismc, a unui pacient deosebit de anxios .*1* agitat). Este de ajuns o ancstc/ic locală sau loco-regională, care să nctionc/c asupra brutului mui numai u unei părţi a lui. Aceste intervenţii

Nunt foarte meticuloase, obligând deseori la utili/arca unui instrumentar de microchirurgie.

Multe dintre aceste traumatisme sunt accidente de muncă, sau accidente casnice. Este deci esenţial să se încerce prevenirea lor prin toate mijloacele. Sfl se poarte mănuşi groase în cazul unor manevrări riscante, să se evite manipularea greşită a unor cuţite, să nu se încerce imposibilul când se meş-tereşte ceva la o fereastră etc. Degetele noastre sunt foarte preţioase!

O DURERE DE DINŢI REBELĂ

O durere rebelă de dinţi, un incisiv rupt, o durere în obraz... tocmai într-o zi de sărbătoare! Aceste urgenţe sunt în general de două feluri: dureroase şi estetice (un dinte din faţă rupt).

în caz de durere

Ştim, din proprie experienţă, cât de dificil de suportat sunt astfel de dureri, care îţi lasă o amintire greu de uitat.

O carie profundă

Poate să fie la originea unei dureri cumplite de dinţi. Durerea este foarte intensă, pulsatilă, putând să iradieze până la ureche sau umăr, fără să existe vreo umflătură. Poate să fie vorba de o pulpită (o inflamaţie a pulpei unde ^e află vasele de sânge şi nervul). Această pulpită este provocată în general de o carie; poate să fie o carie situată sub o plombă pusă cu mult timp înainte.

în regim de urgenţă, dentistul va face local o anestezie şi va deschide dintele pentru a-i scoate nervul şi a pune în locul pulpitei un pansament sedaţi v. Mai târziu, vor fi necesare alte îngrijiri medicale.

Un abces dentar

Se caractcri/.ea/ă local printr-o umflătură însoţită uneori de febră şi de o durere tenace. ('And e vorba de abcesul unui molar adânc, precum măseaua de minle, pot srt iiparfl dificultăţi la înghiţit şi dureri de gât. Acest abces se formea/ft în general Iu rnpAUil radAcinii dintelui, cu o inflamaţie puternică

(numită celulita în termeni medicali) a ţesuturilor din vecinătate — ceea ce explică umflătura.

în regim de urgenţă, dentistul va încerca să deschidă dintele pentru ca ulKTsul să se dreneze spre exterior. Asta poate să fie de ajuns pentru decon-jM-siionarea regiunii aflate la originea durerii. Intervenţia dentistului va fi uneori destul de sumară. Abcesul fiind situat în profunzime, trebuie mai întfli sfl se aştepte acţiunea antibioticului. Se vor prescrie antibiotice, medicamente antiinflamatorii şi analgezice. Iar mai târziu, vor fi în general necesare îngrijiri medicale complementare.

Un abces parodontal

Aliat la originea durerii şi uneori a febrei, acest abces e localizat la gingie. Infecţia ia naştere mai precis între dinte şi gingie. Ea apare cel mai des la persoanele care au probleme de deşosare dentară. Acest gen de abces ponte NA fie provocat uneori de expunere la frig sau din cauza unor diferenţe Itnportnntc de presiune (variaţii de altitudine la munte sau în avion, sau în CA?,ul unei scufundări submarine). Acestea sunt împrejurări declanşatoare Vil «Hi U* yi pentru pulpită sau abces dentar.

în alura primelor îngrijiri, dentistul prescrie medicamente, printre care un untibiotie.

Alimente blocate între dinţi

() tasare alimentară între dinţi poate uneori să provoace o durere puter-iiicrt. Aeest fenomen (mai curând rar) se datorează presiunii alimentelor ••au u unei mici deplasări a unei eventuale plombe. Se produce atunci ceea ce se numeşte sindromul septului. Chiar dacă folosim o scobitoare, un fir dentar sau un hidropulsor, e posibil ca înlăturarea alimentelor să fie dificilă. Intervenţia unui dentist se dovedeşte deseori indispensabilă. Se produce în general o uşoară inflamaţie a gingiei care necesită o mică anestezie locală.

Uupervu unui dinte devitalizat

Acest dinte, relativ mai fragil decât un dinte „normal", poate să se rupă şi sfl provoace dureri puternice. Aceasta se mani festă în general când fractura

se situează la nivelul segmentului aflat sub gingie, îngrijirile unui dentist sunt obligatorii, necesitând — în cazuri rare — extracţia dintelui. Această soluţie se preconizează atunci când dintele e în stare proastă şi pare irecuperabil.

în aşteptarea intervenţiei dentistului

Recurgerea la cuişoare ţinute local pe zona dureroasă este deseori eficace. Propolisul (produs extras din stupurile de albine) are şi el virtuţi antalgice. Gheaţa aplicată pe obraz nu are un efect prea mare.

In ceea ce priveşte medicamentele, cel mai bine e să se ia un antalgic (calmant), precum paracetamolul, uneori asociat cu un antiinflamator. Aspirina este deseori nerecomandată, căci unele îngrijiri medicale (uneori importante) realizate de dentist ar putea să facă să sângereze gingia. Aceste sângerări vor fi mai abundente şi uneori mai greu de oprit dacă pacientul a luat aspirină.

Probleme estetice

Poate să fie vorba de un dinte care se rupe în urma unui traumatism, de un dinte sau de o proteză care se desprinde şi cade. în unele împrejurări, intervenţia unui dentist poate să fie urgentă.

Un dinte care cade

Acest accident poate să survină după un şoc violent. Fie că e vorba de copil sau de adult, se recomandă, până când se ajunge la dentist, să se păstreze dintele într-un mic flacon cu ser fiziologic, sau să fie ţinut în gură cu grija de a nu fi înghiţit. Dintele poate fi spălat cu apă rece înainte de a-1 păstra în gură (în salivă). Dintele nu trebuie să fie păstrat în gheaţă.

Un dinte rupt

Se poate păstra (într-o batistă, de exemplu) partea ruptă dacă e vorba de un dinte din lată. Dentistul va putea astfel să aprecieze mai bine culoarea şi mărimea dintelui originar, în ceea ce priveşte dinţii din fund, păstrarea porţiunii lipsă nu c de nici o utilitate.

O proteză care se desprinde

în aşteptarea primelor îngrijiri, este important să se recupereze coroana mm puntea. Apoi proteza trebuie spălată cu apă, după care se dezinfectează cu puţin alcool de 70 sau 90 de grade şi se usucă bine. Pentru replasarea temporară a protezei, se pune puţină pastă de dinţi pe proteză (faţa dinspre pjugic), se aşteaptă uscarea uşoară şi se refixează în locul iniţial. Acest montaj ar trebui să reziste până când pacientul ajunge la dentist. Soluţia aceasta e valtibilă numai în caz de desprindere (ciotul dintelui fiind la locul lui).

Sflngerare

în caz de hemoragie a gingiei survenită la câteva ore după o extracţie dentara, de exemplu, trebuie să se apese local foarte puternic cu o compresă sau curată. Intervenţia de urgenţă a unui dentist este necesară dacă persistă.

() ultimă recomandare, înainte de acordarea îngrijirilor medicale, pacientul nu trebuie să uite să semnaleze dentistului eventualele probleme de care îl afectează şi medicamentele pe care le ia.

* In caz de durere foarte puternică, încercaţi să nu luaţi aspirină, care poate să favori/eze sângerarca şi să-1 stinghei cască pe dentist daca trebuie ^a intervină. Preferaţi alte caîmante şi medicamente antiinflamatorii.

* Po/iţia lungită este deseori nerecoinajtdată, în ca/ul *m* cure staţi numai pe jumătate **cute^t,** dur«j|a este mu j mii nsri şi asta poate să % ă ajiiteJ||ftdormi

TULBURĂRI ALE SOMNULUI LA COPIL

Mulţi părinţi se plâng de serile pierdute din cauza ţipetelor intempestive ale copiilor sau de nopţile în care au fost treziţi de nenumărate ori. Aşa cum părinţii îşi ajută copiii să meargă, să vorbească sau să-şi stabilizeze mesele, tot aşa se dovedeşte a fi necesar să ghideze puţin şi ritmul somnului lor. Subtilitatea acestei „misiuni" constă într-o doză echilibrată de răbdare, fermitate şi tandreţe.

La naştere

Un nou-născut trebuie să doarmă înjur de 16-20 ore pe zi. El alternează ciclurile de somn lent cu cele de somn paradoxal în timpul cărora visează. Deşi uneori pare foarte agitat în timpul acestui ciclu (poate chiar să plângă), totuşi doarme. Nu are noţiunea de zi şi noapte. Deseori foamea îl trezeşte. Trăieşte încă după ritmul vieţii intrauterine. Ceasul său intern se va modifica progresiv. Kste deci preferabil să se respecte aceste faze de somn şi de hrană la cerere. A-l Iun în l>ni|r în timpul unui ciclu de somn paradoxal, crezând

crt agitaţia lui se datorează unor tulburări, însemnă a-1 perturba, în plus, a-1 Iflsu să adoarmă singur, chiar dacă plânge puţin, este cu siguranţă primul obicei bun pe care trebuie să-1 înveţe.

Apoi, după câteva săptămâni, nou-născutul se obişnuieşte cu noul său mediu înconjurător. Sugarul începe să perceapă diferenţa dintre zi şi noapte. 'l rcptat îi solicită pe ceilalţi mai rar noaptea, ceea ce e foarte plăcut! In Hchimb, e posibil ca la sfârşitul zilei să aibă o agitaţie puternică, care se numi festă deseori prin ţipete intempestive pe care nimic nu pare să le potolească. La unii, starea aceasta poate să dureze câteva ore. Ce e de făcut?

I)c preferinţă

încercaţi să adormiţi copilul în linişte şi întuneric. Dacă nu reuşiţi, lăsaţi-1 •A adoarmă singur, chiar dacă ţipetele lui sunt angoasante.

De evitat

Sft nu i se dea de mâncare mai mult decât raţia lui obişnuită. Să nu încercaţi sfl-l liniştiţi stimulându-1 prin vorbe şi prin trecerea de pe un braţ pe nitul; sn nu-1 duceţi în salon în plină lumină şi în vacarmul pe care îl face lelcvi/orul

Pe *Iu cinci luni*

Copilaşul a căpătat forţe. Rezervele energetice îi permit să reziste 8-10 orc fără să mănânce. Dacă persistă să ceară de mâncare de mai multe ori pe noapte, este cu siguranţă necesar să schimbaţi unele obişnuinţe.

De preferinţă

Să nu i se servească cina prea devreme; leagănul să fie în altă cameră dccflt cea a părinţilor; să fie pus în pat la primele semne de somn; să i se dea pflpiDjica k-liş; să fie lăsat singur într-o cameră fără lumină.

De e> itat

Sft te rcpu/.i la căpătâiul lui de la primul strigăt (e posibil să viseze sau eventual sfl readoarmă); să-i dai un biberon cu apă îndulcită, ceea ce nu

face decât să-i aţâţe foamea şi să menţină ideea că trebuie să mănânce în timpul nopţii; să-1 adormi în braţe sau la sân.

La şapte luni şi după aceea

Somnul copilaşului şi mesele sunt de acum reglate. Totuşi, acest echilibru e fragil. Marile „cuceriri" precum mersul sau vorbitul vor fi surse de perturbaţii,

De preferinţă

Respectă culcatul de seară, moment de intimitate, de calm şi de ritual care linişteşte copilul şi previne angoasele (cuvinte liniştitoare cu care urezi noapte bună, mângâieri, citirea unei povestioare); fă din patul său domeniul lui propriu, un loc în care el se simte bine cu jucăriile favorite.

De evitat

Să nu faci din acest culcat un episod prea lung; să nu revii mereu lângă pat pentru un pupic, un pahar cu apă...; să nu-i ascunzi că părinţii ies în oraş şi va rămâne cu altcineva; să nu-1 laşi să vadă la televizor secvenţe violente sau traumatizante.

Cazuri deosebite

Spaimele adormitului

Adulţii şi copiii simt deseori halucinaţii când adorm. La micuţii de trei-patru ani, asta poate să provoace angoasă: monstrul de sub pat sau lupul din dulap...

Atunci este necesar să-1 liniştim pe copil şi să-i amintim că părinţii lui sunt alături, îi asculţi temerile, îi explici că e victima unor iluzii şi că asta poate să li se întâmple şi celor mari. Toate astea îl vor ajuta să-şi înţeleagă tulburarea. Veioza aprinsă în camera lui sau pe culoar poate să fie şi ea liniştitoare. Dacă uccstc angoase au repercusiuni asupra echilibrului său în timpul zilei, c preferabil sa se consulte medicul.

Degetul în gură la adormit

Unii copii îşi sug degetul de la naştere, alţii îl „găsesc" după câteva sftptămâni sau la înţărcat. E preferabil să nu fie împiedicaţi. Această sugere ure un efect calmant şi liniştitor în momentul adormirii. Deformările dentare provocate de deget pot să constituie o problemă pe termen lung. Trebuie deci să rămânem vigilenţi. Unii părinţi preferă suzeta. Ea prezintă două inconveniente majore: pe de o parte, atâta vreme cât copilul nu e destul de nbil ca să şi-o ia singur, vă va deranja des; pe de altă parte, putem fi tentaţi s-o punem în gura copilului de la cel mai mic mârâit, riscând astfel să ignorăm Uilburări mai grave. Dacă se optează pentru suzetă, atunci e indispensabil sa fie foarte des spălată.

Spaimele nocturne şi somnambulismul

Sunt mai frecvente între trei şi şase ani, dar pot să dureze şi mai mult, pftnft la adolescenţă. La începutul nopţii (cam la trei ore după ce a adormit), în timpul unei faze de somn lent, copilul ţipă, cuprins de panică. Nu recunonşte pe nimeni, ţipă, dă din mâini şi din picioare, transpiră şi, deşi are ochii deschişi, doarme. Uneori e vorba de somnambulism şi poate să acţionc/,e în mod periculos pentru siguranţa lui.

Această „criză" aparentă face parte din somn. Trebuie cu orice preţ să evităm orice intervenţie luând copilul în braţe sau încercând să-1 trezim. Atitudinea cea mai înţeleaptă este să considerăm că doarme şi că trebuie sn-i respectăm somnul. După terminarea acestui episod, e bine să-1 înveliţi din nou (probabil a transpirat mult şi nu trebuie să răcească). E inutil ca a doua zi să-i cereţi să-şi justifice atitudinea din timpul nopţii: dormea şi rui-si va mai aminti de nimic. Copiii mai mari pot să comită acte iraţionale (sfl arunce obiecte pe jos, să urineze în altă parte decât la wc). Nu trebuie blamaţi pentru aceste gesturi pe care nu le controlează.

Repetarea sistematică a spaimelor nocturne necesită sfatul medicului. Medicul se asigură că respectivul copil nu ia medicamente care ar putea lă-i provoace acele tulburări. Caută mai departe eventuale probleme respiratorii (apnce). Se poate prescrie un tratament (medicamente, relaxare

începând de la şase ani), îndeosebi când copilul adoptă o atitudine periculoasă pentru el în timpul crizelor de somnambulism.

Coşmarurile

Ele apar pe la sfârşitul nopţii. Copilul, aflat în plin somn paradoxal, se trezeşte ţipând pentru că a fost speriat de o scenă angoasantă pe care a văzut-o în vis şi pe care reuşeşte s-o descrie, îşi cheamă părinţii ca să se liniştească. Atunci copilul trebuie calmat, domolit, i se ia în considerare spaima şi i se aminteşte încă o dată că nu are de ce să-i fie frică pentru că părinţii săi sunt alături. In cazul repetării acestor tulburări, se instalează un fel de anxietate. Uneori poate să fie de vină un stres care se produce zilnic, în funcţie de amploarea acestor coşmaruri, se poate avea în vedere un tratament medicamentos, asociat unei eventuale psihoterapii.

Tuşea nocturnă

Ea îl poate tulbura pe copil în somn şi poate chiar să-1 trezească, să-1 enerveze şi să-1 facă iritabil în timpul zilei, într-un context de contaminare infecţioasă, poate să fie vorba de o rinofaringită de origine virală sau bacteriană bine identificată de medic. Se prescriu siropuri şi alte tratamente. O tuse seacă, sistematică, fără alte semne, trebuie să ne ducă cu gândul la o reacţie alergică provocată de praful ambiant (acarieni) sau eventuala prezenţă a unei pisici etc. Aerisiţi îndelung camera în timpul zilei, spălaţi jucăriile de pluş şi evitaţi să le mai puneţi în pat, spălaţi aşternutul şi perdelele, frecaţi cu şampon mocheta... Acestea sunt primele măsuri ce trebuie luate. Un test alergic trebuie totuşi făcut dacă tuşea persistă. Acest fenomen nu trebuie neglijat, deoarece se întâmplă ca o tuse nocturnă să ducă la descoperirea unui astm.

Când se face apel la medic

în cazul copiilor mici, semnalul care ar trebui să-i îndemne pe părinţi să consulte medicul este jena în organizarea vieţii familiale provocată de trezirile intempestive iile copilaşului şi nopţile albe la care îi obligă pe cei din jurul lui.

în cazul copiilor de vârstă şcolară, principalul semnal de alarmă este o repercusiune asupra comportamentului diurn: vigilenţă în timpul zilei, incidenţă asupra rezultatelor şcolare. Dificultatea repetată de a adormi în timpul săptămânii, treziri nocturne prelungite, treziri precoce, toate acestea sunt semne care trebuie şi ele să atragă atenţia părinţilor

* l.'ncoi'i'. pânăia i8lunitrebuii«săfiecuk:,s. .tr-*> unt-ră îm a l/ită ia 18 grade **Celsius.**

* **Indiferent *ăt* tulburarea nocturnă de trare suferă un copil, administrarea de medicamente precum seduthele sau cîsiman-U'k" fără avfrul medicului este total \ «ntri»indkată, uneori chiar pcl ivuldasH,**

/'<• *cine consultăm?*

Mu i întfli medicul de familie. El deţine toate informaţiile medicale referitoare la copilul dumneavoastră. Alţi medici, în special pediatri sau palo-psihiatri, sunt specialişti care au în general o bună experienţă în tratarea lulbiirarilor de somn la copil.

COPILUL CARE ŞCHIOAPĂTĂ

Cauzele sunt multiple. Ele pot fi benigne: o aşchie intrată în picior, sechelele unui traumatism uşor sau pur şi simplu un pantof nepotrivit sau prea mic! Se mai întâmplă ca durerile de creştere să provoace o uşoară şchiopătare.

în alte cazuri poate să fie vorba de o afecţiune serioasă, precum o problemă de inflamaţie, mecanică, infecţioasă, tumorală sau neurologică. Medicul îşi pune diagnosticul în funcţie de împrejurările acestor simptome, a altor semne eventuale, a vârstei copilului etc.

în afara analizei tuturor acestor simptome, medicul încearcă să localizeze o regiune dureroasă pe membrul inferior: un deget, de exemplu, sau genunchiul, dar şi bazinul sau baza coloanei vertebrale. Atenţie! O articulaţie dureroasă nu înseamnă că ea e de vină! O durere de genunchi poate să fie provocată de o problemă a şoldului. De aceea e indispensabilă consultarea medicului, uneori impunându-se examene suplimentare.

Se întâmplă ca şchiopătatul să fie provocat de o afecţiune a şoldului. Schematic, problema diferă în funcţie de vârsta copilului.

De la 18 luni la 3 ani

Poate să fie vorba de o răceală a şoldului, în general, copilul şchioapătă puternic, în aşa mftswfl încât i se întâmplă să nu mai vrea să meargă. Uneori are o uşoară IchA Mcilicul constată că şoldul, în partea pe care copilul şchioapătă, este mai puţin mobil. Se prescriu atunci analize sanguine, o

radiografie a şoldurilor şi o ecografie. Aceste investigaţii permit să se afle ducă există o eventuală infecţie osoasă sau articulară. Dar, de cele mai multe i >n, e vorba de o răceală a şoldului—relativ benignă —, în termeni medicali: „smovită acută tranzitorie a şoldului"

Cauza exactă a acestui fenomen este uneori greu de identificat. Poate s& fie vorba de o scurgere de sinovie, scurgere reacţionată la o infecţie virală tt căilor respiratorii superioare survenită cu câteva zile mai înainte (copilul tt suferit — cu câteva zile sau săptămâni înainte — de o rinită sau otită mai mult sau mai puţin severă). In acest caz, tratamentul constă într-un simplu iqxuis la domiciliu. Uneori e necesară o scurtă spitalizare, cu o punere sub lruc|mne a piciorului timp de patruzeci şi opt de ore.

Această afecţiune poate să se repete, dar nu va lăsa în urmă sechele.

De la 4 la 10 ani

('And şchiopătatul este mult mai insidios şi nici un alt simptom nu se manifesta (sau uneori apar episoade dureroase), de vină poate să fie o OHteocoucirită primară a şoldului. Acest diagnostic se pune, evident, după o exwiiimire medicală, o radiografie a şoldurilor şi o scintigrafie osoasă. Este voilwi ile o afecţiune care apare mai mult la băieţi şi care se datorează unui uyor defect de vascularizare (obturare a unor artere mici) a capului osului femur, cau/.a fiind încă necunoscută. Este necesară o spitalizare de *1-2* Nflptftmâni, obligând la o tracţiune uşoară a piciorului. Apoi, un timp, copilul nu (rebuie să-şi solicite prea mult şoldul bolnav şi este indispensabilă o supraveghere regulată. De fapt, modalităţile de tratament depind în mare parle de importanţa leziunilor iniţiale. Osteocondrita primară poate să afec-tele şi alte articulaţii, precum genunchiul sau glezna.

După II ani

IncS o dată, copilul sau adolescentul poate să şchioapete în mod insidios şi uneori să se plângă de dureri la genunchi. La examinare, medicul constată cfl mişcările şoldului sunt limitate. Radiografiile poate vor arăta o anomalie u capului femural. Această tulburare, datorată unei afecţiuni a cartilajului de creştere situiit în partea de sus a femurului şi care poartă numele ştiinţific

de epifizioliză femurală superioară, poate să apară atât la băieţi cât şi la fete. Singura soluţie este intervenţia chirurgicală.

! *i-A.*

*** Bacă copil»** C«»U

sulfaţi imediat un

*** Trebuie ştiut** dacă nu cumva a căzut sau a primit o lovitură care a provocat un traumatism uşor al piciorului sau al gambei.

Pe cine consultăm?

Vedeţi mai întâi ca nu cumva copilul să aibă un pantof prea mic, să nu aibă o aşchie intrată în picior sau o băşică... Apoi puteţi consulta medicul de familie. Dacă problema se dovedeşte mai complicată, există specialişti care au o anumită experienţă în acest domeniu.

O DEFORMARE A PICIORULUI

Kste un motiv frecvent de consultaţie. Problema diferă în funcţie de vârsta la care apare această deformaţie.

La naştere

Piciorul chircit

('ci mai frecvent este piciorul chircit *varus echin.* Această deformaţie nlci:tca/.fl cam un nou-născut din o mie, mai mult băieţii decât fetele. Se intfimplă ca ambele picioare să fie afectate. Această deformaţie poate să fie detectată în timpul sarcinii în urma unui examen ecografic, ceea ce permite viitorilor părinţi să se pregătească mai bine alegându-şi medicii care îl vor îngriji pe copil.

Această deformaţie se caracterizează printr-o deviaţie a piciorului spre înăuntru şi în extensie. Astragalul şi calcaneul — cele două oase ale părţii din spate a piciorului — sunt în poziţie anormală. Când ţineţi sugarul în picioare, ci se sprijină pe marginea exterioară a piciorului.

f

Medicul apreciază dacă deformaţia e reductibilă (suplă). El mai caută' şi o eventuală malformaţie a coloanei vertebrale sau o luxaţie a şoldului (uneori asociate cu anomalia piciorului). Trebuie să se facă şi un examen neurologic al sugarului. Iar examenul radiografie este indispensabil, în Iu ne | ic d e rc/.ultatul acestor investigaţii se stabileşte tratamentul.

Acesta începe în general cu manipulări ale piciorului şi călcâiului, fără hriMcurcu urticulujiilor, Această reeducare trebuie să fie tăcuta de o persoană

experimentată. Uneori, tratamentul poate să impună punerea unui gips. După mai multe luni, se evaluează rezultatele acestui tratament. Abia atunci se poate dovedi necesară o intervenţie chirurgicală.

In realitate, „strategia" terapeutică diferă în funcţie de caracteristicile malformaţiei iniţiale, dar şi de experienţa echipei medicale.

Oricum ar fi, tratamentul e lung şi copilul va trebui să fie urmărit în mod regulat pe toată durata creşterii.

Partea din faţă a piciorului deviată spre interior

în termeni medicali se numeşte *me tătar sus varus.* Acest defect este mai frecvent decât piciorul chircit varus echin, dar mai puţin grav. în acest caz, partea din spate a piciorului e normală. Medicul caută sistematic o eventuală luxaţie congenitală a şoldului (uneori asociată cu un *metatarsus varus).*

Unul dintre primele elemente este de a afla dacă deformarea părţii din faţă a piciorului este reductibilă (suplă) sau nu. De cele mai multe ori e reductibilă.

Această deformaţie dispare deseori în mod spontan în primele săptămâni de creştere ale sugarului. Totuşi, corectarea ei poate fi ajutată printr-un tratament adaptat. Simplele manipulări ale piciorului (făcute în mod regulat de un membru al familiei) sunt de ajuns.

Dacă deviaţia părţii din faţă a piciorului persistă după vârsta de 6-8 luni, tratamentul necesită aceleaşi manipulări ale piciorului, purtatul unei aţele în timpul nopţii şi uneori „pantofi antivarus". Când deformaţia nu e reductibilă — piciorul e rigid —, ar putea să fie necesară punerea în gips, uneori cu o mică intervenţie chirurgicală (foarte rar).

Spatele piciorului rămâne lipit de gambă

E vorba de un picior *talus valgus.* Când sugarul e ţinut în picioare, piciorul se sprijină numai pe călcâi. Medicul trebuie să examineze cu atenţie şoldurile (o luxaţic e uneori asociată cu această anomalie a piciorului). E vorba de o delbrmajic benignă care se corectează prin trageri şi punerea unor aţele. Ducfl rc/.ulfnliil nu c mulţumitor, corectarea se obţine cu ajutorul unui gips ţinut cfltcvn NAplAmAnl.

In prima copilărie

Piciorul plat

Pentru mulţi părinţi, asta constituie un subiect de preocupare, în realitate, până la vârsta de patru ani, e vorba de o constituţie normală, fiziologică. La majoritatea copiilor mici, având o perniţă plantară grasă destul de voluminoasfl si prezentând deseori o hiperlaxitate, bolta plantară încă nu s-a format cu adevărat.

Ca să fim siguri că nu există nici o anomalie, e destul să i se ceară copilului să stea pe vârful picioarelor ca să se constate că bolta plantară devine concavă.

în ca/ de îndoială, medicul examinează cu atenţie piciorul şi în special tcmlomil lui Ahile (e posibil să fie prea scurt). Uneori e necesar şi un examen neurologic. Se pot prescrie şi radiografii ale ambelor picioare.

în general, dacă bolta plantară nu este încă formată, unele recomandări pot sft se dovedească utile. Astfel, se recomandă copilului să facă exerciţii do mers alternat în vârful picioarelor, sau să meargă pe bicicletă. Ca o Completare, uneori se preconizează tălpi ortopedice timp de câţiva ani. Sol mia chirurgicală este cu totul excepţională.

Piciorul concav

Contrar cazului precedent, se recomandă neapărat părerea medicului. în afara examenului osteo-articular, medicul efectuează un examen neurologic complet, în cursul acestei investigaţii, practicianul determină caracteristici le precise şi obiective ale deformării şi încearcă să-i cunoască originea, (o afecţiune neurologică, de exemplu).

Piciorul deviat în afară

.

Această de formaţie este frecventa atunci când copilul începe să meargă.^ în general dispare de la sine pe la 4-5 ani.

Nu intraţi în panică daca între unu şi patru ani picioarele >}rilulsii deviază uşor spre exterior şi simt plate, E vorba de o S H dinţi fiziologică **(normală).**

Pe cine consultăm?

Mai întâi medicul de familie, care vă cunoaşte bine copilul. Alţi medici, îndeosebi specialişti, pediatri, reumatologi, chirurgi ortopezi... şi mai ales chirurgii de ortopedie pediatrică.

NEUROLOGIE

CÂND MEMORIA VA JOACA FESTE

Se întâmplă destul de des să avem goluri de memorie. „Ce-am făcut cu ochelarii? Sunt sigur că i-am lăsat pe masă!" Această mică amnezie foarte trecătoare n-ar trebui să vă alarmeze, mai ales dacă rămâne ocazională. Ea c%ste frecvent provocată de oboseală sau de stresul zilnic, în schimb, dacă uitaţi în mod regulat informaţii sau evenimente uzuale (numere de telefon folosite în mod regulat, prenumele persoanelor apropiate, locul unor obiecte obişnuite...), atunci e nevoie să consultaţi medicul.

Organizarea memoriei, formele ei diferite, locul pe care îl ocupă în cortexul cerebral .. Cercetările în domeniul neurologiei încep să facă puţină lumină nsupra tuturor acestor noţiuni foarte complexe, în creier nu există un centru al memoriei, ci mai mulţi, unde se află localizate diferitele tipuri de memorie.

Specialiştii fac diferenţa între memoria pe termen scurt şi memoria pe lermcn lung Pe termen scurt, un fel de filtru ar respinge 90% din informaţiile care asedia/ă simţurile şi care nu sunt utile (zgomotele auzite, imaginile sau feţele vă/.utc dar lipsite de interes). Pe termen lung, memoria stochează informaţiile pnstrate de acest filtru. Această stocare se face în funcţie de

trei categorii: memoria episodică (amintirea evenimentelor din viaţa proprie), memoria semantică (care trimite la cunoştinţele acumulate: studii, activităţi profesionale...) şi memoria procedurală (achiziţionarea unor automatisme: conducerea maşinii, înotatul, mersul pe bicicletă...).

Funcţionarea defectuoasă a acestei „maşini" atât de complexe duce la pierderile de memorie. In majoritatea cazurilor, primul factor pare poartă vina este vârsta. La persoanele trecute de şaptezeci de ani, astfel de tulburări sunt aproape sistematice. Primele semne pot să apară de la cincizeci de ani. Deşi sunt lipsite de gravitate, aceste fenomene trecătoare de amnezie nu trebuie neglijate. Căci memoria înseamnă trecutul, istoria unui individ. Fără amintiri, fiinţa umană e destabilizată. Golurile de memorie frecvente pot să constituie o încercare psihologică foarte dură.

Soluţia preconizată pentru întârzierea acestei deficienţe este punerea la treabă a propriilor capacităţi cerebrale. Se recomandă toate exerciţiile intelectuale posibile: cuvinte încrucişate, şah, bridge, dar şi o implicare personală în activităţi asociative. Pierderea memoriei legată de îmbătrânire poate să ducă la izolare. Ca urmare, este important să se stimuleze curiozitatea intelectuală a persoanei care suferă de această formă de amnezie benignă, pentru a întrerupe orice proces de excludere.

Unele centre de îngrijire medicală au ateliere de „gimnastică cerebrală" (sau stimulare cognitivă), unde persoanele de vârsta a treia sunt invitate să vină să-şi pună la treabă memoria prin intermediul unor exerciţii diverse.

Paralel, o bună igienă de viaţă are un efect favorabil. Vârsta nu este singura cauză. Consumul anumitor medicamente poate să diminueze memoria. Persoanele alcoolice suferă deseori de deficienţe de memorizare. La fel se întâmplă şi cu persoanele surmenate (conducători de întreprinderi ca şi studenţi „saturaţi").

Când şcolarul nu reuşeşte să reţină lecţiile, în majoritatea cazurilor trebuie revăzute metodele de învăţat, învăţarea unui curs de geografie cu muzică (sau, şi mai rău, cu televizorul aprins!) diminuează performanţele memorării. Specialiştii consideră că, pentru asimilarea lui corectă, textul trebuie citit cu ochii g i cu vocea în acelaşi timp. Şi, evident, pentru a reţine un concept, nun inlAi Uvhuic ttA-l înţrU^i[1]

Pe de altă parte, există patologii care alterează funcţiile de memorare. ('ca mai cunoscută dintre toate este maladia Alzheimer. Alte afecţiuni, la fol de nocive, uneori de origine genetică, afectează şi ele aceste capacităţi.

Ultimul caz: persoanele care au suferit un traumatism cranian puternic, uneori asociat cu o stare de comă profundă, pot şi ele să-şi piardă memoria. l)upă caz, se recurge la o reeducare specializată, la care pot lua parte neurologi precum şi ortofonişti.

Amnezia totală e ceva mai rar. Persoana nu-şi mai aminteşte nimic. De cele mai multe ori, amnezicul îşi recapătă treptat memoria.

Pe cine consultăm?

Mai întâi medicul de familie. Apoi medici specialişti: neurologi, neuropiihiatri şi chiar unii psihologi.

MIGRENELE REBELE

Cei mai mulţi specialişti sunt de părere că există vindecare, sau o netă ameliorare, pentru mai mult de 80% dintre suferinzii de migrenă. Sunt necesare o bună orientare a diagnosticului, o înţelegere a diferitelor perturbări puse în discuţie şi un bun tratament personalizat. Cu alte cuvinte, pacientul trebuie să-şi aleagă un medic competent în domeniu şi care să-1 cunoască perfect!

Stabilirea diagnosticului

Totul începe cu un adevărat interogatoriu! De altfel nu trebuie să fim surprinşi dacă esenţialul consultaţiei aproape că se limitează la acest schimb verbal. El este chiar indispensabil pentru ca medicul să pună un diagnostic.

Practicianul pune multe întrebări despre durata crizelor dureroase, despre împrejurările în care apar, despre localizările craniene, despre alte eventuale simptome etc. în total, această discuţie poate să dureze până la treizeci de minute. Uneori, medicii cer pacienţilor, înainte de consultaţie, să completeze un chestionar.

Criteriile clinice ale migrenei sunt foarte precise: durerea durează cel puţin patru ore. E unilaterală, pulsatilă, agravată de efortul fizic şi jenează activităţile vieţii zilnice. Ea e însoţită deseori de greaţă sau vomă, de o fotofobie (lumina e greu de suportat) sau de fonofobie (zgomotul stânjeneşte). Prezenţa unora dintre aceşti parametri va permite stabilirea unui diagnostic.

Cu excepţia ca/ului în care se caută un eventual semn neurologic foarte deosebit, de cele mm mulle ori examenul clinic este simplu: luarea tensiunii arteriale sau cxmimuiini

»

în ceea ce priveşte examenele complementare, ele sunt deseori inutile. Ar trebui să fie prescrise doar dacă există o îndoială asupra diagnosticului (sinuzită, artroză cervicală, tumoare...). Altă etapă esenţială: după stabilirea cu certitudine a diagnosticului de migrenă, este important să obţineţi explicaţii despre boală, deci să puneţi întrebări medicului. Pe lângă satisfacţia de a înţelege mai bine originea maladiei, aceste informaţii vor permite o mai bună înţelegere a tratamentului propus de practician.

Soluţiile

Sunt numeroase. Multitudinea terapiilor poate chiar să constituie o dificultate pentru medic. E destul să se trateze fiecare criză în parte? Sunt crizele «t fi t de frecvente ca să fie necesar un tratament de fond? Obiectivul practicianului fiind prescrierea celui mai potrivit tratament pentru fiecare caz de migrenă, se întâmpla ca prima soluţie preconizată să nu fie cea bună. Nu trebuie sa ne supărăm dacă acest prim tratament pare dezamăgitor! Totdeauna e posibilă o altă „strategie" terapeutică; uneori o simplă modificare a posologiilor poale înlătura suferinţa.

C'iilinanlelc banale (aspirina, paracetamolul...) au o anumită eficacitate. Aceste produse asociate cu medicamente împotriva greţei dau cele mai bune rc/.ultato. Antiinflamatoarele sunt şi ele uneori de folos. Dihidroergotamina (Dl 11^{1},) şi tartratul de ergotamină, care au un efect vasoconstrictor, sunt medicamente specifice migrenei (ele pot fi contraindicate în unele afecţiuni cardiovasculare). Sumatriptanul este unul dintre ultimele produse comerciuli/ute care dă rezultate bune. Beta-blocantele sunt şi ele prescrise în unele tratamente de fond. Cele mai multe dintre aceste medicamente nu se elibereu/A decât cu reţetă.

Se mai întâmplă ca după mai multe luni sau ani tratamentul să-şi piardă progresiv din eficacitate. O nouă discuţie cu medicul va permite adaptarea lui în funcţie de revenirea simptomelor. v

Oricum, trebuie să existe un dialog cu medicul pentru ca acesta să înţeleagă cu claritate ceea ce aşteaptă fiecare de la tratament şi pentru a explica acţiunea medicamentului precizând cum şi când să fie luate aceste produse,

Nicolas Evrard

NE DOARE CAPUL. CÂND FACEM TOMOGRAFIE?

Acest examen poate fi necesar:

* Dacă crizele de cefalee sunt recente;

* Dacă în cursul examenului clinic, medicul descoperă cel puţin un semn neurologic anormal;

* Dacă migrenele sunt totdeauna localizate în acelaşi loc (uneori indicând un angiom, malformaţie arterovenoasă).

MIGRENA IN TIMPUL CICLULUI

înainte de a prescrie un tratament specific, medicul analizează metodic legătura dintre ciclu şi survenirea durerii. Dacă aceasta apare în ajun sau în timpul primelor două zile ale ciclului, se poate prescrie un tratament hormonal (gel percutanat) de aplicat pe piele în jur de şapte zile, începând cu patruzeci şi opt de ore înaintea ciclului.

iV ,,;;,,>:•<; ,
!< r [* Eficacitatea medicamentelor este mai mare câini simt hi
[la începutul **crizei** de migrenă.
; * în general» pentru tratamentul de fond, dozele mediu
ji^; XiŞBrtett'tblor prescrisa ci^sc progresiv (cu excepţia dihidroergoţ

Pe cine consultăm?

Mai întâi medicul de familie. Alţi medici specialişti ar trebui să fie capabili să trate/e migrenele (oftalmologi, orelişti...). Dar, dintre aceşti specialişti, iimisin mnliulie esle cunoscută cel mai bine de neurologi. Medicina alternul ivA pintlc NA lic yi ca de marc ajutor.

INSOMNIA NU ESTE O FATALITATE

„Dorm foarte prost! Mi-e teamă să mă duc la culcare pentru că mă răsucesc ore întregi în pat înainte de a adormi. Şi pot să mă consider fericit daca nu mă trezesc la două dimineaţa!"

Foarte multă lume se plânge astfel. Totuşi, insomnia nu e o fatalitate şi, în nuillc cu/uri, ea poate fi tratată sau ameliorată prin mijloace relativ simplu de- nplicnt.

Insomnia poate să se manifeste de la orice vârstă, totuşi se întâmplă ca «•n srt se instalc/.e cu începere de la 40-50 de ani. Pentru cei mai mulţi dintre ivi cure se plâng de insomnie, aceasta este de origine psihologică. Este cn/ul insomniei ocazionale, foarte răspândită şi fără consecinţe deosebite. în iijunul unui mare eveniment, într-o perioadă de agitaţie intensă e posibil ca tulburările de somn să se manifeste timp de câteva zile. Tulburările înce- tcii/fl în momentul în care dispare cauza.

() insomnie prelungită poate să fie provocată de un şoc emoţional, de stres, de anxietate, uneori de o depresiune. Dificultatea de a adormi este deseori legată de o anxietate, în timp ce o insomnie ce se manifestă la sfârşitul noppi (pe la trei-patru dimineaţa), constituie cel mai frecvent unul din simptomele unei depresiuni.

Ivxistă afecţiuni somatice care au repercusiune asupra calităţii somnului. Tulburările respiratorii, cardiace sau reumatologice sunt şi ele cauze ale Ire/irilor frecvente şi perturbante. Luarea anumitor medicamente, precum trolilma, se poutc număra şi ca printre aceste cauze.

Nicolas Evrard >OOOOOOOOC

Persoanele în vârstă sunt deseori nemulţumite de felul în care se odihnesc noaptea. Dar acest somn nesatisfăcător constituie foarte rar o patologie în sine. De cele mai multe ori indică o afecţiune specifică în general legată de vârstă. Dar nu numai maladiile sunt în cauză. De vină poate să fie şi un tratament medicamentos (antiparkinsonian, diuretic...).

Pe de altă parte, persoanele în vârstă fac mai puţine eforturi fizice. Ele au tendinţa să se culce foarte devreme. Ziua obişnuiesc să aibă un somn uşor, uneori o siestă. Nu este deci de mirare că în cursul nopţii se trezesc, după 6-7 ore de somn. Durata globală a somnului în douăzeci şi patru de ore este totuşi suficientă, dar somnul pe „tronsoane" pare mai puţin odihnitor. Unii medici recomandă evitarea siestelor şi, seara, urcatul în pat ceva mai târziu.

Soluţii

Elementul cel mai important ce trebuie luat în considerare în caz de insomnie îl constituie eventualele repercusiuni asupra vigilenţei şi tonusului din timpul zilei. Dacă starea generală se deteriorează şi oboseala devine permanentă, este necesar să se consulte imediat un medic.

Insomniile datorate unor patologii asociate ar trebui în mod logic controlate când aceste afecţiuni sunt tratate.

Pentru insomniile de origine psihologică, mai întâi se recomandă respectarea unei bune igiene de viaţă.

Trebuie corectate unele erori dietetice: prea multe excitante (cafea, ceai, vitamina C) precum şi cinele cu mâncăruri grele şi băutură abundentă.

Nu se recomandă jucărea unei partide de tenis sau activitatea cerebrală intensă exact înainte de a merge la culcare. Trebuie permis corpului şi minţii să intre într-o fază de pregătire a repausului. A te uita la televizor lungit în pat ca să-ţi vină somnul nu constituie o soluţie bună!

în ceea ce priveşte confortul material, cel mai bine e să dormim într-un pat bun (în pat ne petrecem o treime din viaţă!), să avem dormitorul cât mai izolat sonor şi în cameră să avem o temperatură apropiată de 18-19 gradeC.

Pentru unii, o ti/.unfl sau o baie caldă are un efect relaxant.

Dar cel mai bun sliU este sfl te urci în pat imediat ce ţi-e somn pentru a respecta ceasul biologic cure mărcii' ' fi metabolismul cotidian. A merge la

culcare la orele zece „din principiu", deşi nu ţi-c somn deloc, înseamnă a euu/a o anxietate a adormirii. E preferabil să se aştepte orele unsprezece, în coca ce priveşte persoanele care sunt treze de-a binelea la trei dimineaţa, acestea ar trebui să se scoale, să facă o activitate uşoară şi să se culce din nou ceva mai târziu.

Toate aceste recomandări sunt fundamentale pentru recăpătarea unui somn bun. Se poate asocia un eventual tratament medicamentos. Trebuie lohişi făcut sub controlul medicului, deoarece contraindicaţiile şi efectele secundare sunt frecvente. O automedicaţie se poate dovedi periculoasă.

l'itoterapia şi homeopatia se dovedesc şi ele alternative fiabile. Unii medici recomandă şi metode care acţionează asupra spiritului, precum lehxurca, yoga sau terapia comportamentală.

Pe cine consultăm?

Mni întâi medicul de familie. Medicii homeopaţi şi fitoterapeuţi pot să vfl Tic -?i ei de folos. Neurologii sau neuropsihiatrii au şi ei o bună experienţă In iuviisl;! privinţă.

GINECOLOGIE

STERILITATEA. RĂSPUNSURI MEDICALE

Una dintre primele probleme care se pune cuplului este de a şti pe cine să consulte. Nerăbdători să sosească mai repede fericitul eveniment, femeile sau bărbaţii se duc repede, uneori prea repede să afle sfatul unui medic.

Un cuplu tânăr şi „normal" are, în medie, 25% şanse de graviditate la fiecare ciclu. In principiu, se recomandă să se aştepte doi ani înainte de a merge la un specialist. Dar uneori e greu să aştepţi atâta vreme, mai ales când intervine un alt factor de timp: vârsta femeii, în zilele noastre, sarcina e dorită din ce în ce mai târziu. Or, după treizeci de ani, fecunditatea scade, în mod şi mai categoric după treizeci şi cinci de ani. Ceea ce înseamnă că, după această vârstă, cuplul e presat foarte mult de factorul timp.

Determinarea originii tulburării

La consult, medicul se interesează în primul rând de viaţa intimă a cuplului (precum lreeven|n raporturilor). Mai este important ca practicianul sfl cunoascfl ponibllelr mitecnlrntc medicale ale cuplului. La femeie:

intervenţii chirurgicale, eventuale avorturi, antecedente obstetrice şi infecliousc, probleme psihologice etc. De partea bărbatului, se caută în special depistarea unei vechi criptorhidii (când, în copilărie, testiculul a rămas în abdomen). O eventuală cauză medicamentoasă, un antecedent infecţios, consumul excesiv de alcool, tabagism. Examinarea clinică a organelor genilale este indispensabilă.

Dar, de cele mai multe ori, consultaţia nu se opreşte aici. Medicul propune un anumit număr de investigaţii complementare pentru a determina originea tulburării: obturarea trompelor (istero-salpingografie), probleme de oviilaţie (analiză hormonală) la femeie; spermogramă la bărbat. Sau incompnlihilitatea dintre mucozitatea cervicală şi spermatozoizi (test postcoital).

Mijloace de investigaţie

K-iueia şi bărbatul pot fi supuşi la diferite examene: biologic, radiografie, ecografic. Uneori poate să fie cazul şi unei explorări chirurgicale.

I.n bărbat, unul dintre primele examene propuse este spermogramă (mim.li ui, mobilitatea şi morfologia spermatozoizilor). Intervenţia chirurgii nlfi nu este indicată decât în cazuri rare. De exemplu, o biopsie testiculară .•u- l arc în mod excepţional dacă se crede că sterilitatea provine din cauza ui u-1 a/.oospcrmii (deficit major al numărului de spermatozoizi). Uneori, se 1'iuv o operaţie pentru înlăturarea unui eventual obstacol (aderenţe, ţesătură fibroasa) pe traseul pe care circulă spermatozoizii.

l ,a femeie cea mai curentă este explorarea chirurgicală. Ea se face prin cehoscopie. Chirurgul face trei-patru incizii mici pe pântece pentru a introduce nişte instrumente fine (cu un aparat optic) în cavitatea abdominală, pentru a vizualiza organele genitale şi permeabilitatea trompelor, şi poate pentru u opera leziunea constatată (chist ovarian, endometrită). Această Intervenţie chirurgicală, care se face sub anestezie generală, necesită o spital i/arc de aproximativ douăzeci şi patru de ore.

l ,a sfârşitul acestei investigaţii mai mult sau mai puţin lungă, mai mult sau mai puţin complicată, sunt propuse soluţii. Una poate să constea, la femeie, în desfundarea unei trompe uterine (restabilirea permeabilităţii). Dar mijloacele terapeutice sunt uneori mai simple, în cazuri rare, se InlAmplA ca antibioticele să rezolve o eventuală infecţie genitală aflată la problemei de fecunditate. Tratamentul cu hormoni ovurieni poate

să ajute şi el mucoasei uterine şi celei cervicale pentru revenirea la fiziologia normală.

O terapie cu citrat de clomifen sau cu hormoni hipofizari, care să stimuleze în mod specific ovarele, este uneori prescrisă pentru a determina ovulaţia. Trebuie totuşi să recunoaştem că aceste medicamente sunt uneori folosite în mod prea intensiv, ceea ce explică creşterea actuală a numărului de sarcini multiple.

Aportul tehnicilor biologice

Pe lângă toate aceste soluţii, există tehnicile biologice şi, în special, fecundarea *in vitro* (FIV). După cum indică numele, fecundarea (întâlnirea dintre un ovocit şi un spermatozoid) se face în „eprubetă".

Cui i se adresează fecundarea *in vitro?* în primul rând, ea poate să fie propusă în caz de sterilitate prin obturaţie tubară (trompa). Cu alte cuvinte, când ovocitul eliberat de ovar nu poate să ajungă până în uter. Altă indicaţie referitoare la unele nefecundităţi de origine masculină, mai exact atunci când anomaliile revin spermatozoizilor (în număr insuficient, formă anormală, mobilitate redusă). Pentru a creşte şansele fuziunii între celulele reproducătoare, se facilitează întâlnirea lor *in vitro.* In sfârşit, VIF este uneori propusă când nu se găseşte nici o explicaţie precisă lipsei de fecunditate. Reuşitele fecundării *in vitro* diferă în funcţie de indicaţii. Rezultatele sunt mai bune când e vorba de probleme tubare şi mai puţin bune când e vorba de hipofertilitatea masculină.

Regulile inseminării cu... donator

Când sterilitatea este de origine masculină şi e incurabilă, o altă soluţie propusă este inseminarea artificială cu spermă de la donator. Când se adoptă o astfel de metodă, bărbatul şi femeia au, înainte de orice, o discuţie cu echipa medicală şi paramedicală, pentru a evalua perfect consecinţele unei paternităţi exterioare. Echipa care se ocupă în mod deosebit de aceste inseminări se întâlneşte cu cuplul care face solicitarea pentru a adapta cât mai bine alegerea donatorului. Este important ca anumite caractere morfologice şi biologice ale familid srt se regăsească la viitorul copil (origine etnică, grupă sanguinft ctc.)

în ceea ce priveşte regulile etice, ele sunt clare: donarea de spermă este .inonimă şi gratuită. Donatorul nu cunoaşte niciodată cum a fost folosită donaţia •„i şi nu are niciodată contacte cu cuplul solicitator sau cu viitorul copil.

Donarea de spermă se face în anumite condiţii. Donatorul trebuie:

* să aibă mai puţin de patruzeci şi cinci de ani;
* să fie deja tatăl măcar al unui copil;
* să aibă acordul soţiei sau al iubitei sale;
» să meargă de mai multe ori la centrul medical care se ocupă special cu aceste probleme pentru teste medicale şi donare de spermă.

---------- **NOUTĂŢI** ----------

A face să pătrundă un singur spermatozoid într-un ovocit (în citoplasmă lui) este o operaţiune care poartă numele de IC SI (IntraCytoplasmic Sperm Injection) şi care a fost pusă la punct în mii nouăzeci. Ea este rezervată în special bărbaţilor care nu au lestui spermatozoizi pentru o fecundare *in vitro* clasică. Ultima i novat ic a fost realizarea acestei fecundări cu un spermid, adică un ••învm,no/oid „imatur". Această tehnică a stârnit unele proteste.

Sti-rilitatea de origine psihologică s« pisate trtfa. Oprirea nu timp a invtMstigaţîibr medicale—uneori destul de complicate poate constitui câteodată o soluţie bună. O mare încredere în propriul medic este indispensabilă,

Pentru prelevarea de ovocite (prin poncţîe) în ^ ederea unti 11 V, femeia întră dimineaţa in spital şi iese dupfi-amiază sau a doua /i,

Pe cine consultăm?

l-'iecare dintre membrii cuplului trebuie să se adreseze în primul rând medicului de familie. Apoi unor medici specialişti: uro-andrologi (bărbaţii), ginecologi (femeile), unii endocrinologi.

CUM SA SUPORŢI BINE MENOPAUZA

Menopauza este o perioadă prin care trec obligatoriu toate femeile după cincizeci de ani, dar cele mai multe dintre inconvenientele pe care le provoacă această stare se dovedesc deseori reversibile. O hormonoterapie personalizată permite reducerea considerabilă a manifestărilor menopauzei. Acest tratament are în special efecte preventive benefice asupra osteoporozei şi afecţiunilor cardiovasculare.

Semne care nu înşeală!

între patruzeci şi cinci şi cincizeci de ani, funcţia ovariană se modifică. Primul eveniment este insuficienţa producerii de progesteron, în timp ce estrogenii sunt secretaţi în continuare, provocând astfel o hiperestrogenie. Acest dezechilibru hormonal se manifestă prin diferite semne, mai mult sau mai puţin prezente de la o femeie la alta: iregularitate menstruală (uneori cu hemoragii în intervalul dintre cicluri), o creştere în greutate, sâni dureroşi, tulburări ale dispoziţiei, iritabilitate. Unele femei fac un sindrom depresiv.

Mai târziu, secreţia de estrogeni scade. Ciclurile devin din ce în ce mai lungi. Apar bufeuri de căldură, adeseori asociate cu transpiraţii nocturne sau diurne. Alte neplăceri pe care femeia le-ar putea avea: insomnie, senzaţie de oboseală, tendinţă depresivă, diminuarea libidoului, jenă în timpul raporturilor sexuale datorată unei uscăciuni vaginale. Totuşi, apariţia acestor tulburări nu este sistematică. Ea depinde mult de starea fiziologică dar şi psihologică a fiedlrei femei. 20-30% din femei au şansa să aibă o menopauză numită „mula", mlieă **ftrl ii** limtfl nici unul dintre aceste simptome.

Atenţie la riscurile ascunse!

Acestor inconveniente — foarte perturhante pentru viaţa cotidiană şi deosebit de rele pentru moral — se pot adăuga patologii vulvare sau vaginale, probleme urinare: dorinţă imperioasă, nevoia de a urina noaptea, infecţii, dar şi riscul unei afecţiuni osoase sau apariţia unor maladii cardiovasculare.

în perioada genital activă, capitalul osos al femeii este menţinut de eslrogeni. Cam la zece ani după începutul menopauzei, lipsa de estrogeni ponte să provoace o osteoporoză. Sărăcirea oaselor se află uneori la originea tasflri lor vertebrale (deseori dureroase) şi a fracturilor — încheietura mânii, Colul femurului.

Acelaşi proces e valabil şi pentru aparatul cardiovascular. Până la meno-pmr/.fl, femeile sunt protejate în mod natural împotriva eventualelor afecţiuni .ile inimii sau vaselor sanguine. Situaţia se schimbă la menopauză. De • -.templu, „profilul lipidic" din sânge se modifică. Creşte procentul coleste-'oltilui şi al trigliceridelor.

Riscul unor patologii cardiovasculare creşte de două-trei ori. Femeia i k[1] v ine atunci la fel de vulnerabilă ca şi bărbatul în faţa maladiilor coronariene (1111 arct, anglii na pectorală), a hipertensiunii arteriale, a arteritei membrelor interioare sau a accidentelor vasculare cerebrale.

Tratament medical

Scopul tratamentului hormonal substitutiv este de a recrea echilibrul hormonal care exista în mod natural înainte de menopauză.

înainte de orice prescripţie, medicul va face o investigaţie completă: cxiimen general şi ginecologic, frotiu vaginal, analiză sanguină (se urmăreşte diabetul şi hipercolesterolemia), mamografie.

în funcţie de rezultate, medicul va propune un tratament estro-pro-Hcstativ adaptat nevoilor femeii. Progestativii sunt administraţi numai pe cule orala (comprimate). Există o gamă foarte mare.

(Tind apar simptomele care anunţă menopauza, stabilirea unui tratament oslo un lucru foarte delicat, secreţiile hormonale variind considerabil de la o luna la alta. Aportul hormonal ajută la rezolvarea unor probleme punctuale

(de exemplu, tratamentul cu progestative poate permite reglarea ciclului perturbat).

Tratamentul hormonal substitutiv se dovedeşte cel mai oportun în general după cincizeci şi unu de ani, când estrogenii şi progesteronul nu mai sunt secretate. Pentru medic, preocuparea majoră este de a prescrie dozarea corectă a acestor medicamente şi modul de utilizare cel mai bun adaptat pacientei. Practicianul trebuie să facă un control regulat. Nici un tratament nu e definitiv. Trebuie să urmeze evoluţia menopauzei.

Nu există o durată ideală, totuşi minimul pare a fi 7-10 ani.

Cine trebuie să se trateze?

în general, marea majoritate a femeilor (cu condiţia să nu existe unele contraindicaţii).

Tratamentul se dovedeşte foarte necesar femeilor care au cunoscut o menopauză precoce (naturală sau chirurgicală prin ablaţiunea ovarelor); celor pentru care menopauza şi inconvenientele ei provoacă jenă fizică sau psihologică; celor care prezintă riscuri de osteoporoză sau afecţiuni cardiovasculare.

Pe termen scurt, tratamentul hormonal substitutiv are un efect imediat asupra bufeurilor de căldură. El este eficace şi în privinţa problemelor sexuale (dureri în timpul raporturilor şi uscăciune vaginală) datorate unei lipse de estrogeni.

Pe termen lung, tratamentul joacă un rol preventiv împotriva diminuării masei osoase, de unde şi interesul pentru el în cazul unei osteoporoze care se profilează sau care e deja instalată, în unele cazuri, pentru a evalua mineralele oaselor, medicul va prescrie un examen de osteo-densitometrie.

Se cuvine totuşi să precizăm că tratamentul hormonal substitutiv nu este eficace pentru prevenirea osteoporozei decât dacă e urmat timp de cel puţin doi ani şi începe cât mai devreme, în plus, este foarte indicat un regim alimentar bogat în calciu (l200 mg/zi).

Riscurile cardiovasculare se reduc cam cu 50% datorită tratamentului care ameliorează în special profilul lipidic.

în ceea ce priveşte contraindicaţiile absolute, ele sunt acum clar identificate şi cunoscute di[1] practicieni. Este vorba în principal de cancerul sânului şi de câteva forme «Ir patologii cardiovasculare.

XDO<>CK>CX>C **Cartea Sănătăţii**

*

Niciodată nu e prea târziu pentru a începe un tratament hormonal substiutiv. Un astfel de tratament început la câţiva ani după menopauză se doveleiyte util. Deşi eficacitatea lui este cât se poate de evidentă, puţine femei se mtea/ă. La nivel european, numai 15% dintre femei continuă tratamentul mu mult de cinci ani. Totuşi s-a stabilit în mod clar că tratamentul ameliora/fi calitatea vieţii celei care îl respectă. Menopauza este o perioadă de ;are femeia ar trebui să profite pentru un control general al sănătăţii şi o >cu/ie privilegiată pentru a aborda problema unui tratament hormonal tubstilutiv.

Pe cine consultăm?

Mai întâi medicul de familie. El deţine toate informaţiile medicale care **vă** privesc (antecedente, eventuale examene suplimentare). Alţi medici specialişti: ginecologi şi endocrinologi.

CANCEROLOGIE

DE LA PRIMELE SEMNE ALE TRATAMENTELOR

Sânul

în majoritatea cazurilor, tumorile sunt azi descoperite în stadii destul de precoce. Datorită unei mai mari sensibilizări a femeilor faţă de această problemă şi a numeroaselor campanii de depistare s-a ajuns azi la rezultate satisfăcătoare. Totuşi, în ciuda acestor aspecte încurajatoare, este clar că trebuie să se mai facă progrese, în Franţa apar 25 000 de noi cazuri pe an.

Care sunt semnele?

Datorită depistărilor mamografice, multe tumori sunt acum diagnosticate foarte devreme, uneori chiar mai înainte ca ele să fie perceptibile la palpare. Acest examen permite descoperirea tumorilor cu un diametru de trei milimetri. Reamintim că între patruzeci şi cinci şi şaizeci de ani se recomandă o mamografie de depistare la fiecare doi-trei ani

Pe de altă parte, indiferent de vârstă, este important să se meargă la medic dacă apurc unul dintre aceste simptome: o umflătură sau un nodul în

regiunea mamară sau în scobitura subsuorii, o uşoară depresiune sau retraţie a suprafeţei sânului, o modificare locală a aspectului pielii, a mică scurgere a mamelonului, o deformare mamară.

Tratamentele

Sunt numeroase: chirurgie, radioterapie, chimioterapie, hormonoterapie. In funcţie de mărimea tumorii, a vârstei pacientei şi a stării sale de sănătate se pot propune mai multe soluţii: chirurgie + hormonoterapie; chirurgie + chimioterapie; chimioterapie + chirurgie etc.

Tratamentele de chimioterapie prescrise cel mai des asociază trei medicamente: ciclofosfamide, metotrexat şi fluoro-uracil (CMF); sau Iluoro-uracil, adriamicină şi ciclofosfamidă (FAC).

Dintre noile descoperiri, cele mai interesante sunt cele din domeniul noilor medicamente. Se fac în continuare studii pentru identificarea celor mai bune asocieri medicamentoase. Alte cercetări se ocupă de curele de chimioterapie zise „intensive".

Aceiislă chimioterapie constă în administrarea unor doze foarte puternice de medicamente (doze multiplicate uneori cu zece). Această metodă, care arc avantajul de a fi mai activă asupra cancerului, nu este lipsită de pericol, cflci medicamentele administrate în doze mari sunt foarte toxice, mai ales în ceea ce priveşte globulele albe.

Pentru a lupta împotriva acestei toxicităţi, una dintre soluţiile propuse este o autografă de celule suşe. Ea constă, la început, în a da pacientei factori do creştere (aceste medicamente favorizează înmulţirea celulelor sanguine). ('fltevn /.ile mai târziu, aceste celule sunt prelevate din sângele pacientei, pentru a 11 după aceea congelate, şi în sfârşit reinjectate în momentul chimio-Icrupiei intensive.

Actualmente, aceste chimioterapii intensive cu autografă sunt în general avute în vedere pentru cancerele avansate sau „agresive". Chiar dacă aceste tratamente par să fie bune, până în acest moment nimeni nu le-a cuantificat eficacitatea, 'l oluşi, în aşteptarea acestor rezultate, creşterea dozelor prescrise l devenit azi o practică curentă.

Nicolas Evrard >OOCXrXCXZXCXCX:

CUM SE DEZVOLTĂ UN CANCER

în caz de tumoare zisă solidă (a nu se confunda cu leucemia, limfomul, care afectează sistemul sanguin şi limfatic), celulele se înmulţesc pentru a forma, după un timp, o masă. De exemplu, pentru a ajunge la un diametru de trei milimetri, o tumoare are nevoie de şapte ani. Cancerul este „infiltrant", adică se întinde la ţesuturile vecine, într-un stadiu mai avansat, celulele ajung în circulaţia sanguină şi limfatică. Astfel, ganglionii limfatici (organe cheie ale apărării noastre imunitare) pot să fie colonizaţi de celule canceroase, într-un stadiu ulterior, cel al metastazelor, aceste celule se multiplică la distanţă în alte organe.

Ovarul

Femeile care nu au fost niciodată însărcinate prezintă un risc mai mare pentru apariţia acestui tip de tumoare. Sarcinile, luarea pilulei contraceptive şi tratamentul hormonal estro-progestativ al menopauzei protejează împotriva acestei afecţiuni, în fine, unele forme de cancer sunt ereditare, ceea ce trebuie să le îndemne pe femeile care au în familie cazuri de cancere ale ovarului sau ale sânului să se supravegheze cu atenţie. Tumoarea ovarului este o problemă majoră: la începutul dezvoltării sale, nu provoacă nici o manifestare deosebită.

Care sunt semnele?

Chiar dacă simptomele sunt rare în stadiul precoce al maladiei, unele trebuie să alarmeze. Cel mai obişnuit este pântecele care îşi măreşte volumul; altă dată e vorba de dureri abdominale sau de tulburări digestive — puţin specifice — care indică prezenţa tumorii. Se mai întâmplă uneori ca unele pierderi de sânge sfi determine femeia să meargă la medic.

Oricum ur li, mul|i meilici sfătuiesc femeile de peste patruzeci de ani să meargă o dairt pe un In cxnnicnul ginecologic.

Tratamente

Sunt numeroase. Prima soluţie poate să fie chirurgicală, în funcţie de mărimea tumorii, chirurgul scoate un ovar sau pe amândouă, uneori cu trompe :>i uter. E posibil să scoată şi ganglionii, în cazul în care cancerul e întins, chirurgul trebuie să scoată toate zonele unde pare că se află celule anormale. Foarte des se recomandă şi o chimioterapie.

Apoi, poate fi indicată o nouă operaţie, pentru a evalua acţiunea tratamentelor şi, eventual, pentru scoaterea unor resturi de tumoare. Pot fi propuse ş\ cAteva şedinţe de radioterapie.

l Jltimele progrese le constituie noile molecule folosite în chimioterapie.

Melanomul

Kste vorba de unul dintre acele cancere severe ale pielii. Această afecţiune este din păcate din ce în ce mai frecventă. Una dintre principalele i .n i/e ale acestei tumori este soarele, şi în special expunerile prelungite tu |imtejuteîn timpul copilăriei. Această tumoare se dezvoltă pornind de la celulele (mclanocite) care fac sinteza melaninei — pigment cutanat.

Melanomul se poate dezvolta pe oricare regiune cutanată, dar pornind şl de Iu aluniţe. De aceea este important să se identifice cât mai din timp primele simptome.

Care sunt semnele

Feriţi-vâ de aluniţe sau de o pată închisă la culoare care ia un aspect neobişnuit. In mare, simptomele suspecte se pot rezuma astfel:

— Asimetrie. Numai o parte a aluniţei îşi schimbă aspectul.

Marginea. Devine neregulată, graniţa cu pielea „sănătoasă" devine
11 mi puţin clară.

- Culoarea. Pigmentaţia ei nu e uniformă.
- -- Diametrul. E mai mare de şase milimetri.

C[1] And are unul dintre aceste semne, se recomandă consultarea medicului.

Tratamente

Re/.ullatele bune obţinute în ultimul timp în tratarea melanomului se tlutoirit/n mai ules diagnosticării precoce. Tratamentul începe în general

printr-o intervenţie chirurgicală pentru extirparea regiunii bolnave şi uneori a eventualilor ganglioni afectaţi. Se poate face o chimioterapie.

Cele mai interesante cercetări legate de tratarea melanomului se fac în imunologie. Principiul acestor cercetări este de a provoca în organism o reacţie de respingere faţă de tumoare, cu alte cuvinte o reacţie similară cu cea a unui vaccin. Aceste studii au avansat foarte mult de la descoperirea, cu câţiva ani în urmă, a unor antigene tumorale capabile să stimuleze unele celule ale sistemului de apărare imunitară (limfocitele T).

Actualmente sunt în curs încercări de terapie genetică (care folosesc gene ca medicament). Unul dintre studii urmăreşte introducerea în celulele tumorale a unei gene care să le facă străine, provocând astfel o reacţie de respingere.

Cercetările continuă.

Prostata

Cancerul prostatei este destul de frecvent. El îi afectează în special pe bărbaţii trecuţi de cincizeci de ani. Frecvenţa lui creşte o dată cu vârsta, astfel încât dincolo de nouăzeci de ani se consideră că imensa majoritate a populaţiei masculine ar prezenta celule canceroase în prostată.

Pentru mulţi oameni în vârstă, această tumoare nu are nici o incidenţă, iar moartea lor va avea cu totul altă origine. Dar acest cancer se dezvoltă mult mai repede la bărbaţii de vârstă matură. La începutul evoluţiei, e posibil ca afecţiunea să nu provoace nici o manifestare deosebită, ceea ce pune probleme depistării timpurii.

Care sunt semnele?

Poate fi descoperit într-un stadiu precoce în cursul unui control medical obişnuit. Printr-o pipăire rectală (examen nu prea plăcut), medicul poate să detecteze o regiune întărită pe prostată şi să ceară alte examene. De asemenea, la examinarea unui pacient care se plânge de tulburări urinare (în general legate de o problcmrt benignă a prostatei), medicul poate să descopere un mic nodul suspect... l ulhiiiAn urinare şi dureri locale sau în regiunea lombară pot uneori să constituie uncie **simptome.** în funcţie de rezultatele examenului

clinic, sunt necesare investigaţii suplimentare' e
biopsie (prelevarea unor mici fragmente din prostată pentru analizarea lor în laborator), scintigrafie osoasă, tomograf etc.

Tratamente

Soluţiile depind de importanţa leziunilor iniţiale, de unele caractere biologice ale tumorii, de vârsta pacientului şi de starea lui generală de sănătate. Intervenţia chirurgicală care îndepărtează toată prostata se face dacă tumoarea este localizată în interiorul prostatei. In alte daţi, o operaţie este necesară pentru a împiedica obturarea unei căi urinare de un ţesut vecin sau chiar de tumoare. Local, radioterapia se poate dovedi foarte eficace. Ea prc/intă riscul de a iradia prea mult regiunile sănătoase situate în apropiere, ceea ce necesită o aparatură bună şi o echipă cu experienţă, în fine, acest cancer fiind hormono-dependent, o soluţie este reducerea efectelor hormonului masculin, testosteronul, secretat de testicul. Acesta este obiectivul hoimonoterapiei (medicamente). Altă soluţie constă în efectuarea unei <>|KMu|ii asupra testiculelor.

l'lâmânii

Slatisticile arată că este una din marile preocupări în cancerologie. Actualmente, în Franţa, aproape 25 000 de persoane mor în fiecare an de această afecţiune, în Statele Unite se înregistrează 170 000 de noi cazuri pe un. Afectând acum o foarte mare parte din populaţia feminină, acest cancer ucide de şapte ori mai multe femei decât în urmă cu treizeci de ani şi constituie, dincolo de Atlantic, cauza principală de mortalitate din cauza cancerului (înaintea tumorilor sânului).

Care sunt semnele?

O tuse persistentă, expectoraţii conţinând puţin sânge, dureri toracice, gftl'Aialn, infecţii bronho-pulmonare repetate. Fiecare dintre aceste simptome necesită controlul medicului. Ele trebuie să fie luate cu atât mai mult înserios cAnd apar la un fumător (sau un fost fumător înrăit).

Nicolas Evrard

Pentru ca diagnosticul să fie sigur, este necesară o fibroscopie. Acest examen constă în introducerea unei sonde foarte fine (cu un aparat optic la extremitatea ei) prin trahee şi bronhii pentru vizualizarea eventualei tumori. Sunt prelevate celule pentru a fi analizate. Din păcate, acest cancer este descoperit deseori într-un stadiu foarte avansat.

Tratamentele

Depind de localizarea, mărimea şi natura tumorii. De fapt, există două tipuri de cancere pulmonare: 20% dintre ele sunt cancere zise ale micilor celule, pentru care se face, în general, numai chimioterapie sau asociată cu radioterapie; celelalte cancere nu sunt ale micilor celule. Pentru acestea, dacă tumoarea nu este prea mare, operaţia este una dintre primele soluţii propuse. Trebuie subliniat că starea de sănătate proastă a plămânilor (insuficienţă respiratorie, bronşită cronică) datorată tabagismului face această operaţie uneori dificilă, alteori chiar imposibilă. Pot fi propuse şi alte terapeutici: radioterapia şi chimioterapia.

Progresele cele mai semnificative s-au făcut în chimioterapie, datorită folosirii unor medicamente noi. în unele cazuri, medicii preferă să înceapă tratamentul cu o chimioterapie şi să continue cu efectuarea unei operaţii.

în concluzie, reamintim că există un mijloc excelent de prevenire: renunţarea la fumat. Este vorba cu siguranţă de cea mai bună armă pe care o avem în lupta cu această maladie.

Colonul şi rectul

în Franţa sunt 25 000 de cazuri noi pe an, în Statele Unite sunt 150 000 de cazuri şi 56 000 de decese. Este deci vorba de o afecţiune destul de frecventă căreia e important să-i cunoaştem primele simptome. Trebuie să amintim că unele cancere ale colonului (foarte rare) sunt de origine ereditară.

Care sunt .semnele

în ca/ul unoi luIhurAri de tranzit, a unor false senzaţii de scaun, a unor alternanţe de clinice-u>MHlipn|ie sau de sânge în fecale se recomandă consultarea modicului. Dupfl examenul clinic, poate că medicul va recomanda o

imuli/ă a fecalelor pentru a vedea dacă se elimină sânge. De altfel, unii medici recomandă efectuarea acestui test în mod regulat după vârsta de cincizeci de ani, pentru depistarea unui eventual polip sau a unei tumori. Singura investigaţie care permite stabilirea unui diagnostic precis al cancerului de colon este coloscopia (o sondă flexibilă având la extremitate un sistem optic ce permite medicului să vizualizeze pereţii intestinului gros şi efectuarea unei prelevări de celule tumorale pentru analizarea lor).

Tratamente

Chirurgia este unul dintre tratamentele indispensabile ale acestui cancer. Dar nu constituie singurul mijloc terapeutic. Pentru cancerul rectului se foloseşte deseori şi radioterapia. Curele de chimioterapie sunt. frecvent prescrise după intervenţia chirurgicală.

—- CHIMIOTERAPIA LA ORA POTRIVITĂ -

Unele studii au arătat că ar fi preferabil să se facă curele de chimioterapie la anumite ore din zi sau din noapte, realizându-se n^tfcl ceea ce se numeşte o cronoterapie. S-a dovedit că prin această metodă c posibil să se reducă toxicitatea medicamentelor. Din cauza acestei toleranţe mai bune, dozele de chimioterapie au putut să fie mărite la pacienţii trataţi prin cronoterapie obţmându-se până la urmă rezultate mai bune.

l'e cine consultăm?

Mai întâi medicul de familie. Pentru tratamentul cancerului este indispensabilă intervenţia unor specialişti. Chimioterapeuţii sunt specializaţi în tratamentele medicamentoase (chimioterapie), radioterapeuţii se ocupă de tratamentele cu raze X (radioterapie). Intervin şi medici cu alte specialităţi: pneumologi (specializaţi în tratarea cancerului bronho-pulmonar), senologi (care Iratca/ă în special bolile sânului) şi chirurgii, care rezervă acestui domeniu o mure parte a activităţii lor.

CANCER: AVEŢI UN TEREN EREDITAR?

Când două-trei persoane (chiar mai multe) suni afectate de această maladie, membrii familiei încep să-şi pună întrebări. Se vorbeşte mai puţin de fatalitate şi mai mult de ereditate. Azi e posibil deseori să se răspundă la aceste întrebări şi să se aducă unele soluţii.

Ştim din ce în ce mai bine să evaluăm predispoziţia ereditară a unor cancere. Studii epidemiologice au putut să dovedească în mod precis existenţa unor parametri genetici, în realitate, toate cancerele pot să survină într-un context de predispoziţie familială. Dar cancerele cele mai frecvente (sân şi colon) solicită cel mai mult aceste consultaţii de genetică oncologică. Din păcate, cancerul bronhie, care este şi el frecvent, se pretează prea puţin la acest gen de investigaţii, întrucât principala lui origine este înainte de orice tutunul (ceea ce nu exclude uneori o predispoziţie genetică).

în ceea ce priveşte cancerul sânului, s-a dovedit că o femeie din două sute din întreaga populaţie ar fi purtătoarea acestei predispoziţii. Iar riscul tumoral este de trei ori mai mare în cazul unei femei a cărei mamă sau soră a fost afectată de un cancer al sânului. Dar astea nu sunt decât date statistice.

s

Iar ceea ce e adevărat pentru o populaţie nu este neapărat şi pentru un individ. în cursul consultaţiei onco-genetice (sau genetico-oncologică), primul obiectiv este de a evalua această predispoziţie pentru individul consultat sau unii din membrii familiei sale.

Pe de alin parte, in uncie cu/uri, datorită progresului biologiei moleculare, anomalia genetici ImplicntA în maladie a putut să fie demonstrată.

Până azi au fost identificate peste douăzeci de predispoziţii la cancer. Aceste cercetări privesc în special cancerul sânului şi cancerul digestiv, cancerul sânului asociat ovarului, dar şi afecţiuni mai rare, precum retinoblastomul suu tumoarea lui Wilms. La ora actuală, pentru cancerul sânului se consideră că sunt implicate cel puji$_n$ trei gene: BRCA l (BReast CAncer 1) de pe cromozomul 1 7; BRCA 2 de pe cromozomul 13. Gena p53 ar fi şi ea uneori implicată. Probabil că mai sunt şi altele.

Când se merge h consultare genetică?

Dacă rude apropiate (linia de rudenie de gradul unu) au fost afectate de cancer. O consultaţie genetică poate fi recomandată în funcţie de numărul de persoane afectate, de vârsta la care a apărut tumoarea, de mărimea familiei, de o eventuală maladie care predispune.

Pentru cancerul la sân

• Numărul de persoane bolnave: dacă trei (sau mai multe) persoane, din iieceasi ramură familială, au avut o tumoare mamară (sau a ovarului), **de** exemplu bunica, marna şi sora.

l)ur, dincolo de această regulă generală, trebuie să se ţină cont şi de alţi pitnimetri.

• VArsta de apariţie a cancerului şi mărimea familiei: în caz de predispoziţie ereditară, tumoarea apare în general mult mai devreme (12-15 uni înainte de vârsta medie de apariţie a acestor cancere). Pe de altă parte, riscul de predispoziţie este *a priori* mai simplu de evaluat când fraţii şi surorile sunt în număr mare. în schimb, când într-o familie mică două femei nu fficut un cancer la sân pe la vârsta de treizeci şi cinci de ani, atunci se justifică o consultaţie onco-genetică.

Pentru cancerul colonului

• Când un membru al familiei suferă de o maladie, din fericire rară, polipnză colică familială. Această afecţiune, cunoscută pentru predispunerea In cimcer, se caracterizează prin multitudinea de polipi (peste o sută). O mutaţie a unei gene (numită APC şi localizată pe cromozomul 5) este în genenil vinovata de această afecţiune.

* In afară de această împrejurare foarte deosebită, sfatul unui medic se recomandă dacă sunt prezente aceste criterii:

— Trei persoane aparţinând aceleiaşi ramuri familiale au făcut un cancer colo-rectal (una dintre ele având o legătură de rudenie de gradul unu cu celelalte două).

— La una dintre aceste persoane cancerul a fost diagnosticat înaintea vârstei de cincizeci de ani.

— Două generaţii au fost afectate de acest cancer.

Cum are loc această consultaţie?

De la prima întrevedere cu medicul specialist, se recomandă să dispunem deja de un anumit număr de informaţii precise despre afecţiunile de care au suferit membrii familiei (numele şi prenumele acestor persoane, nume de domnişoară, data naşterii, vârsta la care a fost diagnosticată maladia, locul de tratament etc.). Este indispensabil să se aibă acceptul acestor persoane, pentru a li se putea examina dosarul medical. Se stabileşte un arbore genealogic pe cel puţin două generaţii, completat cu informaţii asupra sănătăţii fiecăruia. Această consultaţie este în general destul de lungă şi sunt necesare una sau două întrevederi.

La rândul ei, echipa de consultare genetică efectuează cercetări pentru confirmarea informaţiilor medicale indicate de cel venit la consult. La capătul acestei anchete se poate în general evalua riscul de predispoziţie şi riscul tumoral.

Când se caută anomalia genetică?

Această analiză nu este propusă în mod sistematic. Acest diagnostic biomolecular presupune că cercetările fundamentale în genetică sunt suficient de avansate pentru cancerul familial respectiv (examenul nu se poate face decât dacă se ştie ce anomalie genetică trebuie căutată).

Pe de altă parte, acest diagnostic biomolecular nu e indicat decât dacă echipa de consultare genetică poate să propună unele demersuri după acest test, în practică: o depistare fiabilă şi eficace pentru detectarea şi tratarea eventualului **cancer tnti-un** Mmliu Toarte precoce.

»

Acest test molecular necesită o simplă luare de sânge, în laborator, examenul se face asupra cromozomilor (mai exact asupra ADN-ului) continuii în interiorul celulelor sanguine. Sunt posibile două metode de cercetare. Puma este „abordarea indirectă". Ea obligă la luare de sânge de la mai mulţi membri ai familiei. „Abordarea directă" se limitează la examinarea A DN-ului pacientului. Această analiză presupune că gena în cauză a maladiei !\ fost deja descoperită şi identificată prin lucrări de cercetare biomoleculară. în laborator se va încerca detectarea eventualei mutaţii a acestei gene.

() ultimă precizare. Uneori e posibil să se cerceteze ce membri ai familiei suni purtători ai unei anomalii genetice de predispoziţie. Bineînţeles, nnsamblul acestor demersuri presupune că toate persoanele interesate sunt de acord.

Ce facem în caz de predispoziţie genetică?

Hste necesară o supraveghere sporită. Ea diferă în funcţie de analiza tti'cstci predispoziţii, de tipul de cancer în cauză etc. Obiectivul este descoperircH cflt mai timpurie a unei eventuale tumori care să fie apoi repede tratată.

Pentru cancerul la sân, se recomandă o mamografie anuală, asociată uneori unui examen ecografic. Pentru a depista cât mai timpuriu posibil un eventual cancer digestiv, se recomandă în general o coloscopie la fiecare doi ani. Depistarea cancerului ovarelor necesită un examen ecografic cndo-vaginal repetat, sau eventual o analiză a sângelui pentru determinarea compuşilor biologici.

1DRU

W *** O predispoziţie ereditară îa maladia caaeeroasă e-sie un fenomen relativ rar. Ea nu ar fi de \mă decât df 5% din canc c rele la sân.**

*** Da«ift doriţi o consultaţie onco-genetica, sfatuiţi-vă mai în t iii cu medicul de familie. De asemenea, îneercaţi să staţi de \orba cu uncie din<rc rude. linele investigaţii pot necesita ,**

t «tusimţsUn&ntul lor. .ljjjJH

'«« M R M

on

ALCOOLOGIE-TOXICOMANIE

ALCOOLISM

Alcoolismul este un fenomen care afectează toate clasele sociale, toate mediile profesionale, persoanele de vârstă matură, dar şi cei tineri şi mai puţini tineri şi, bineînţeles, bărbaţii şi femeile deopotrivă.

Specialiştii obişnuiesc să facă o distincţie între băutorul excesiv şi alcoolicul dependent. Primul este o persoană care bea în mod regulat, mult, foarte des într-un mediu convivial (aperitive rituale cu amicii, mese cu multă băutură, „berici" în timpul zilei). Ea poate totuşi să păstreze controlul consumului său şi să-1 oprească momentan dacă e confruntată cu o situaţie care îi solicită la maxim capacităţile. Această persoană este foarte des marcată fizic de acoolismul excesiv (oboseală, tremurături, tulburări ale somnului, cuperoză. respiraţie greoaie, lăcrimare). Medicii folosesc frecvent un chestionar foarte simplu care şi-a dovedit eficacitatea în depistarea abuzurilor. E vorba de patru întrebări:

* Ai avut uneori impresia că ar trebui să bei mai puţin?
* Consumul tflu de alcool a fost deja criticat de unii apropiaţi?
» Ţi s-a întâmpini .ifl boi încfl de dimineaţă?
» Ţi s-a reproynl pAnfl ttcuin c'oimumil de alcool?

Dacă cel puţin două răspunsuri sunt po/itivc, se poate presupune un •onsum excesiv de alcool. Iar riscul major al unei astfel de atitudini faţă de i k- oo l este o evoluţie spre dependenţă.

Alcoolicul dependent este un individ cu adevărat bolnav, care nu-şi)onle controla consumul. Alcoolicul cronic bea zilnic şi în mod regulat. El .•sie total incapabil de a se opri timp de o zi. Rareori beat, cantităţile ingerate .iese în mod insidios. Caracteristica psihologică cea mai marcantă este o lipsfl de încredere în sine. într-o situaţie dificilă în care se cere luciditate, el bea si mai mult pentru a înfrunta greutăţile. Afectările fizice sunt în general severe: leziuni hepatice, digestive, cardiovasculare...

O conştientizare

Indiferent de gradul de alcoolism în cauză, o „înţărcare" nu se poate HVea în vedere fără o conştientizare din partea persoanei afectate. Ahniulonarea consumului de alcool este o decizie personală. Nici un li MUunent nu poate acţiona împotriva voinţei pacientului. El trebuie cu orice pie| f*ft uccepte să nu mai bea alcool tot restul existenţei.

Drumul spre vindecare trece mai întâi printr-o fază de informare, care vi/cu/.fl atât persoana alcoolică cât şi anturajul ei.

îngrijiri medicale

Kxistă mai multe metode care se adaptează după caz.

Medicul generalist joacă un rol fundamental în punerea la punct a unui Irnlnment ambulatoriu (acasă). Acest gen de tratament, care tinde să ia nmploare, este propus celor care nu suferă de o dependenţă majoră, nici de consecinţe psihice sau somatice. El durează în jur de cincisprezece zile. < Voinţa bolnavului este pusă la grea încercare, tratamentul fiind limitat la* luarea unor medicamente şi contacte regulate cu medicul. Este fundamental l ei» persoana tratată să se angajeze cu o mare obstinaţie, altfel operaţiunea e inilrt.

Dupfl tratament, angoasa şi recidiva sunt omniprezente. Luarea unor medicamente psihotrope îl poate ajuta pe convalescent să depăşească aceste tulburări.

în cazul unei forme severe sau mai complicate de alcoolism, tratamentul poate să fie făcut în spital. Se întâmplă ca pacientul să ceară el singur asta, nesimţindu-se în stare să-şi asume singur constrângerile unui tratament ambulator. Durata de spitalizare este înjur de cincisprezece zile.

în multe cazuri este necesară o post-cură într-un centru specializat pentru consolidarea efectelor tratamentului. Asocierea psihoterapiei (care deseori va continua şi după post-cură) va încerca eliberarea totală a persoanei de dominaţia psihică a alcoolului. Această etapă este lungă şi dificilă. Perioada de susţinere este indispensabilă şi, în ciuda tuturor eforturilor, recidivele sunt posibile.

Rolul anturajului

Anturajul unei persoane alcoolice (soţ sau soţie, copii, părinţi) poate să joace un rol esenţial provocând la subiect dorinţa de a rupe cu această atitudine nocivă. Sarcina e grea căci comunicarea e dificilă. O alcoolizare masivă induce foarte des un sentiment de culpabilitate şi de închidere în sine. Numai o voinţă puternică poate furniza energia şi curajul necesare pentru a înfrunta această încercare, în timpul perioadei de conştientizare, este nevoie ca familia să fie foarte bine informată despre starea clinică a pacientului, de unde rolul educativ preponderent al medicului şi al diferitelor structuri, înainte şi după tratament, rolul celor apropiaţi este încă o dată primordial pentru a crea o ambianţă propice abstinenţei şi deci reuşitei tratamentului.

Dar a trăi alături de o persoană aservită zilnic alcoolului este o încercare dintre cele mai dificile, însoţirea lui în etapele — deseori presărate cu capcane — vindecării se dovedeşte penibilă. Membrii familiei sunt uneori afectaţi de tulburări psihice sau fiziologice care nu trebuie ignorate. Totuşi, alcoolismul excesiv al unei persoane are repercusiuni nefaste asupra ansamblului apropiaţilor lui. Tratamentul trebuie să ţină cont şi de acest lucru.

DROGURILE

Acesta e un domeniu unde e greu să dai sfaturi. Trebuie să-1 ajuţi pe toxicoman să se debaraseze de această dependenţă care îl distruge, să-i uimli/e/i problemele, să rezolvi tulburarea relaţională.

în general, totul începe cu o conştientizare a persoanei în cauză, în acest stadiu, anturajul poate să fie de mare ajutor, chiar dacă pentru cei apropiaţi situaţia nu e uşoară. Cum poţi fi sigur că foloseşti cuvintele potrivite, i-fl nu faci rău crezând că faci bine? Ar putea să fie nefastă menţinerea tntr-o situaţie de ipocrizie, de întărire a voinţei de negare a problemei, în ichimb, pare preferabilă abordarea problemei, discutarea ei pe faţă. Pentru •tnhiliica unui obiectiv trebuie să se construiască o relaţie de încredere.

l ox icomanul, ca şi anturajul său, trebuie să rămână lucid. Nu trebuie să cicailft că totul se va rezolva după o săptămână de şedinţe sau datorită unui piodus de substituire miraculos. Nu există leacuri fulgerătoare.

Produsele de substituţie

\ ;,ste un subiect de actualitate. Metadona, de exemplu, propusă acum oficiul, nu întruneşte totuşi unanimitatea. Acest produs este o substanţă opiacee care se ia ca un sirop. Folosirea actuală a metadonei se face pe baza unei constatări clinice făcută cu câţiva ani în urmă. Administrând acest produs, s-a remarcat o ameliorare comportamentală. Persoanele nu mai decerni prin fa/e de intoxicare acută şi stări de lipsă febrile.

()biectivul este deci foarte precis: substituirea unui produs deseori adminisinil în mod periculos (folosirea seringilor prezintă riscul îmbolnăvirii de hepatită sau de sida) cu un altul luat pe gură (fără pericolul unei contaminări virulc). Inconvenient: persoana este dependentă (uneori foarte puternic) de acest produs de substituire.

în paralel se întreprind anumite demersuri. Primirea toxicomanului de către medic sau echipa care aplică îngrijirile medicale începe cu un dialog şi unele investigaţii. Trebuie să se facă un control medical al stării generale de sănătate, în funcţie de o eventuală problemă psihopatologică care însoţeşte toxicomania, metadoma poate să fie contraindicată. Aceste tulburări psihopatologice nu sunt constatate în mod sistematic. Pe de altă parte, când există tulburări psihice, ele pot fi identificate în diferite momente. Ele sunt uneori prezente înainte de folosirea drogului, alteori sunt descoperite în timpul consumului de opiacee, sau „provocate" de folosirea amfetaminelor, a cocainei...

Fiecare psihopatologie are tratamentul ei specific, în caz de sindrom maniaco-depresiv sau de deprimare, de exemplu, se propun medicamente antidepresive sau alte terapii.

Tulburările relaţionale sunt şi ele foarte frecvente. Cazuri dificile sunt persoanele care nu sunt în stare să identifice, să-şi numească sentimentele. Situaţia psihologică a acestor persoane se ameliorează abia după mai multe luni sau ani de tratament, şi emoţiile reuşesc să fie exprimate prin cuvinte.

Pe urmă...

Foştii toxicomani au deseori dificultatea de a percepe „fără filtru" complexitatea emoţională, efectivă a mediului înconjurător. Deoarece au simţit timp de ani la rând în mod filtrat sentimentele şi emoţiile lor, ei reînvaţă complexitatea regulilor jocului din raporturile cu ceilalţi. Se poate recomanda o cură de reintegrare.

Eventuala recidivă constituie inamicul numărul unu pentru fostul toxicoman Ea este deseori favorizată de evenimentele vieţii cotidiene, în acest caz, mai mult ca niciodată, este important ca un echilibru atât de fragil să nu se rupă.

* **Pentru toxicoman, soluţia începe în geiseral prinţ r-un fel •le „declic", o conştientizare însoţită de voinţa personală de » ajunge la abstinenţă.**

* **Contactul cu o persoana * judecată de aceeaşi** dependenţă **poate avea un clcct lirnclu.**

SUFERINŢELE CELOR ÎNAINTAŢI ÎN VÂRSTĂ

Fenomenul îmbătrânirii este ineluctabil. Factorii genetici joacă un rol fundamental în durata vieţii. Ei sunt totuşi considerabil influenţaţi de mediul înconjurător, în sensul larg al termenului: fiziologic, psihic, social, întrucât numeroase progrese permit azi o viaţă mai îndelungată, este important ca «ceşti tini suplimentari să fie trăiţi într-o stare bună.

11 na dintre grijile majore ale persoanelor în vârstă este deseori o lipsă de mitoiumiic. Ajutorul familiilor nefiind totdeauna suficient, diferite structuri (asociaţii, organisme publice) oferă o varietate de servicii.

O susţinere pentru fiecare

In măsura posibilului, este preferabilă menţinerea unei persoane în vârstă In domiciliul său. Persoanele suficient de autonome pentru a rămâne la ele ncnsfl pot beneficia de un *ajutor la domiciliu. E* vorba de un ajutor la treburile casnice şi uneori administrative. Se poate apela la o susţinere medicală în Ca/, de handicap sau alte probleme de sănătate.

O supraveghere medicală indispensabilă

('hiar dacă multe persoane la vârsta a treia sunt valide şi au nevoie de un ajutor limitat, această perioadă de viaţă necesită totuşi o supraveghere medicala[1] sporită. Unele părţi ale corpului îmbătrânesc mai repede decât ttllcle: aparatul cardiovascular, articulaţiile, ochii. Fiecare ar trebui să fie sensibil la semnalele de alarmă, numeroase şi uneori evidente.

Nicolas Evrard

Iată o trecere în revistă rapidă a câtorva afecţiuni.

Bolile inimii şi ale vaselor

Ele ar trebui să constituie obiectul celei mai mari atenţii, frecvenţa lor crescând o dată cu vârsta. Hipertensiunea arterială, de exemplu, este o cauză de insuficienţă cardiacă şi generează alte boli. Ea ar trebui deci să fie tratată în mod preventiv. Studiile arată că luarea unor medicamente împotriva tensiunii reduce cu aproximativ 35% accidentele vasculare cerebrale şi problemele coronariene (anghina pectorală, infarct de miocard). Diureticele şi beta-blocantele constituie două clase de medicamente foarte des prescrise.

Hipotensiunea ortostatică (scăderea tensiunii arteriale sursă de ameţeli sau de pierderea echilibrului la schimbarea poziţiei) poate să fie la originea unor probleme grave. Acest fenomen este favorizat în special de o imobilizare prelungită, o deshidratare importantă (diaree, vomă, febră), luarea unor medicamente diuretice, în mod preventiv, se recomandă insistent ca persoana să rămână fizic cât mai activă cu putinţă.

Pierderea momentană şi parţială a memoriei, o scădere trecătoare a forţei musculare de la o mână sau o cădere inopinată şi fără motiv aparent pot să fie semnele unui accident ischemic tranzitoriu sau AIT (uşoara obturare a vaselor creierului). Atunci este neapărat nevoie să se consulte medicul, care va face o serie de investigaţii. Se poate prescrie un tratament pe bază de aspirină. Această afecţiune cerebrală nu trebuie neglijată, căci există riscul unei recidive mai grave: un accident vascular cerebral (AVC), care poate să-1 lipsească pe bolnav de o parte din funcţiile sale motrice sau intelectuale.

Tulburările dispoziţiei

Anxietatea, frecventă la persoanele în vârstă, este potenţial legată de o depresiune. Aceasta este prea des ignorată. Tristeţea, insomnia, o pierdere u apetitului, o lipsă de antren sunt semne care ar trebui să atragă atenţia. Medicamentele antidepresive, asociate uneori cu şedinţe de relaxare, sunt favorabile unei ameliorări u tulburărilor, în schimb, o agitaţie nemăsurată csie uneori provocam do o iniolenm|A medicamentoasă. Ea poate să fie şi semnul unei al'cc|iiim ptillilatrici' In Iu ic, confuzia (pierderea reperelor de

loc şi timp, inversarea zilelor sau a nopţilor...) nu este în mod sistematic li'tfută de o afecţiune psihiatrică. O insuficienţă cardiacă, de exemplu, poate srt genereze o stare de confuzie.

Afecţiunile digestive

Dintre ele, constipaţia perturbă multe peroane în vârstă. Cauzele sunt multiple: unele medicamente, afecţiuni ale aparatului digestiv, o activitate fi/.icft redusă, o şedere la pat din cauza unei maladii, o alimentaţie săracă în vegetale şi în lichide... încetinirea tranzitului intestinal provoacă deseori Icculome (masă de materii fecale blocată în rect), care pot favoriza infecţii locale sau incontinenţă fecală. Pentru a rezolva această problemă, este indispensabilă o asistenţă medicală (clisme şi laxative potrivite), în mod preventiv, se recomandă să se bea zilnic (apă, tizană) şi să se meargă la wc in fiecare zi.

('alculii vezicii biliare apar la un mare număr de persoane de vârsta a i i < M: 60% dintre cei care au trecut de optzeci de ani. Ei nu necesită un 11 .ii.imcnt deosebit, dar uneori pot să fie o sursă de probleme. Crize de febră lowrte puternică asociate din când în când cu o durere după masă sunt •umptomc care pot trezi bănuielile medicului. Unele investigaţii (ecografic abdominală), permit confirmarea diagnosticului. Aceşti calculi (şi complicai i i le lor) pot să fie trataţi printr-o intervenţie chirurgicală „uşoară" (prin endoscopie).

Problemele de piele

îmbătrânirea cutanată, inevitabilă şi larg favorizată de lungi expuneri la soare, apariţia unor pete maronii, unghiile care se îngroaşă, părul care se rupe: semne care trebuie să determine consultarea medicului. Din păcate, iui exista leacuri miraculoase. Tratamentele aduc soluţii punctuale, dar fără vindecare definitivă. Ulcerele piciorului, frecvente la femeia care suferă de lulburflri ale circulaţiei venoase, necesită îngrijiri medicale foarte atente, în esenţa, tratamentul constă în pansamente umede, care se schimbă frecvent, şi purtatul ciorapilor speciali. Aceştia sunt indispensabili, chiar dacă vara ţin de culd! Oupfl ca?[1]., se asociază medicamente pentru circulaţie.

Nicolas Evrard

Scăderea auzului

Este o afecţiune prea des subestimată. Ea poate să înceapă de la patruzeci de ani: ereditatea familială, medicamente, mediu profesional foarte zgomo--tos. Această afecţiune trebuie luată în serios, căci ea favorizează izolarea socială şi intelectuală a persoanei, care se închide în sine şi-şi pierde dinamismul. Urmărirea cu dificultate a unei conversaţii de grup sau perceperea cu greutate a vorbelor unui interlocutor la telefon trebuie să ducă la consultarea medicului. Medicul va propune dacă e nevoie, un aparat. Progresele tehnice recente au ameliorat considerabil aceste proteze, devenite acum mai discrete şi mai performante, în unele cazuri, se prescrie o reeducare ortofonică.

Tulburări ale echilibrului

Ele trebuie să ne determine să mergem la medic, care ne va prescrie analize complete. Aceste tulburări pot avea diferite origini: luare anumitor medicamente, afecţiuni articulare sau neurologice, probleme ale urechii interne, scăderea vederii etc. După investigaţii, se prescrie un tratament adoptat diferitelor tulburări. Dar el trebuie completat cu o amenajare a casei care să limiteze cauzele căderilor: covor care se ridică, mic gheridon instabil într-un loc de trecere... se pot instala mânere şi balustrade, iar camerele trebuie să fie bine luminate pentru ca persoana să se deplaseze cu cât mai puţine riscuri. Dar prima prevenire constă—dacă e posibil—în menţinerea unor activităţi fizice regulate (mers, nataţie).

Durerile reumatice

Dintre afecţiunile cele mai frecvente: osteoporoza (decalcifierea oaselor). Riscul principal îl constituie fracturile, mai ales cea a colului femurului. Aceasta, care poate să fie fatală unei persoane având o stare de sănătate deja foarte slăbită, duce uneori la sechele care vor face persoana şi mai dependentă din puncl de vedere fi/ic. Există tratamente medicamentoase specifice pentru o.Nleopoio/fl (vitamina D, fiuor...) dar, ca şi la prevenirea

tulburărilor de echilibru, este necesar să se reducă la maxim riscurile de cădere.

O altă tulburare care poate afecta autonomia: artroza. Deseori localizată Iu genunchi (gonartroză) sau la şold (coxartroză) ea e tolerată bine un anumit timp. Atunci când devine jenantă, sunt indicate medicamente şi reeducare. C'und mersul este prea dificil, se poate avea în vedere punerea unei proteze.

3. Operaţii - Tehnici, Rezultate, Urmări

OASELE ŞI ARTICULAŢIILE:

Fracturi ale încheieturii mâinii
Entorsa călcâiului
Genunchi: ruperea ligamentului
Proteza genunchiului
Proteza şoldului
Hernia de disc
Scolioza

INIMA ŞI VASELE:

Varice
Pacemaker
Angioplastie
Proteza coronariană

APARATUL URINAR:

Adenomul prostatei
Incontinenţa urinurfl
Grefa rinichiului
Cancerul prostule!
Cancerul vezicii

Cartea Sănătăţii

GINECOLOGIE:

Fibromul uterin
Chistul ovarului
Cancerul sânului

APARATUL DIGESTIV:

Apendicita
Hernia inghinală
Calculi în vezicula biliară
l Iernie hiatală
Ocluzia intestinală
Cancerul colonului

OCHII:

Cataracta
Miopia
De/lipirea de retină

ORL-DINŢI-CHIRURGIE PLASTICĂ:

Vegetaţii
Extragerea unui dinte
Buză de iepure
Urechi dezlipite

Nicolas Evrard

>OK>OOOOOOC

Arta îngrijirii medicale a cunoscut cel mai mare progres în domeniul chirurgiei. Tehnicile operatorii au evoluat enorm în ultimii ani, permiţând reducerea timpului de spitalizare şi de convalescenţă înainte de reluarea activităţii. Confortul pacientului s-a ameliorat şi el. Acest progres s-a putut face în special datorită laparoscopiei. Folosind instrumente fine, o sondă optică şi un ecran video, multe tehnici chirurgicale s-au metamorfozat, în timp ce cicatricele operaţiilor s-au micşorat considerabil.

Prima operaţie de apendicită prin laparoscopie a fost realizată în 1983, cea de calculi biliari în 1987, cea de hernie hiatală în 1991.

S-au înregistrat performanţe şi în alte domenii: oftalmologie, cardiologie... Totuşi, toate aceste progrese nu trebuie să ne facă să uităm că problemele persistă: accidentele în cursul operaţiei, complicaţiile postoperatorii.

In paginile următoare vom descrie, pentru fiecare intervenţie chirurgicală, diferite tehnici disponibile azi şi cel mai frecvent practicate. Ne vom strădui să răspundem la întrebările pe care poate să şi le pună un viitor operat.

OASELE ŞI ARTICULAŢIILE

FRACTURA ÎNCHEIETURII MÂINII

în cele mai multe cazuri, o fractură a încheieturii mâinii e localizată la extremitatea inferioară a osului radius (os situat la exteriorul antebraţului, * And mâna e întoarsă cu degetul mare în afară).

Pentru a dignostica cu certitudine această fractură şi a aprecia o eventuală deplasare a oaselor, este neapărat necesară o radiografie, înaintea acestui «•ximien, se întâmplă ca deplasarea să fie vizibilă cu ochiul liber, prin apariţia unor deformări. Poate să mai survină şi o fractură a oaselor carpului (oscioa-i ele palmei mâinii) sau leziuni ligamentare generatoare de entorse sau de instabilitatea a capului. O afectare a cubitusului (celălalt os al antebraţului) <c întâlneşte mai rar. De menţionat că fractura osului scafoid este mai frecvenţii la adult decât la copil.

Ce va face medicul?

l,« copil, practicianul cere în general radiografii ale celor două încheieturi yi uneori ale cotului (traumatismul e posibil să fi avut o repercusiune asupra i articulaţii); la adult, radiografia încheieturii frueturute e de ajuns.

f

Nicolas Evrard

Radiografiile pot să fie făcute cu indicaţii deosebite (întorcând braţul în diferite poziţii) pentru a vizualiza mai bine unele oase bănuite de leziuni.

Un alt examen radiologie poate să fie făcut la 10-15 zile după traumatism (durerea a dispărut). Acest control este uneori indicat dacă nici o fractură nu a fost descoperită în ziua accidentului indicat, dar medicului are totuşi o bănuială persistentă. Alteori, fără să se facă radiografie, medicul cere să reexamineze (clinic) pacientul la două săptămâni după traumatism.

In fine, în caz de leziune suspectă a oaselor carpului, se poate cere o tomografie.

In ce caz se pune ghips?

Când fractura nu e deplasată, ceea ce, din fericire, se întâmplă destul de frecvent. Pentru copii există mai multă „toleranţă": e posibil să se pună un ghips sau benzi de răşină sintetică chiar dacă există o deplasare minoră. La cei tineri, o deformare mică se remodelează cu timpul.

în primele 48 de ore, se recomandă o supraveghere deosebită ca să se constate că nu există nici o apăsare din partea ghipsului. Această imobilizare durează 6-8 săptămâni. Ea trebuie să dureze trei luni în cazul unei fracturi a osului scafoid. Mai târziu, medicul recomandă în general o reeducare de aproximativ două luni.

Dacă există o deplasare, atunci e necesară o anestezie. Reducerea fracturii se face sub control radiologie. După punerea la loc a oaselor se pune ghipsul.

Când se pun broşe şi când se pune placă?

Asta depinde de criterii ortopedice foarte precise şi deci de aprecierea chirurgului. Broşele servesc la menţinerea fragmentelor în poziţia corespunzătoare (chiar dacă fractura a putut să fie redusă, cu ghips oasele riscă să se deplaseze; datorită breşelor, ele nu se vor mai mişca).

Broşele sunt puse prin piele sub control radiologie; în alte cazuri e necesară o adevărată operaţie (cu incizia pielii). Aceste broşe sunt ţinute aproape şase saplnmfini. în uite cazuri, trebuie să se fixeze o placă, în afară de placă şi broşe. în ucnurul se pune un ghips. Această intervenţie se poate

ice sub anestezie generală sau anestezie regională (care are efect doar asupra •rutului operat). Pentru un traumatism foarte grav, poate să fie necesară •lasurea unui fixator extern.

La copil, operaţia este rareori necesară. Este indispensabil să se urmă-cuscft în mod regulat (anual) creşterea antebraţului până la vârsta de tptspre/.ece ani. E posibil ca traumatismul să fi atins cartilagiul de creştere, '«/, în care e necesar să se detecteze cât mai timpuriu posibil o eventuală inomalie.

Care sunt eventualele complicaţii?

O nlgodistrofie poate să apară la câteva zile după scoaterea ghipsului, l va se întâlneşte aproape exclusiv la adult. Este vorba de o decalcifiere regio-nulft aliată la originea durerilor şi a unei inflamaţii mai mult sau mai puţin locali/atu (durerea poate să ajungă până la umăr). Tratamentul e cu atât mai i-hnicc cu cât e început mai din timp.

C) ultft complicaţie este sindromul canalului carpian generator de furni-cături, de dureri în degete... Motivul este o comprimare a nen'ului median turc trece prin interiorul antebraţului şi al încheieturii.

în (inc. articulaţia poate să-şi piardă puţin din mobiliîate şi din stabilitate (prin diminuarea forţei musculare), în cele mai multe cazuri, aceste compli-caţii sunt rare, mai ales dacă de la început fractura a fost corect fixată şi imobili/al,[1]

lORTA

inepta re a **ului,**
chndumtrcb imu'•'?<£$&, braţiti trdbuk* pus înfr **sarfă**
, ,ittă în jurul uJr « încheietura uşor ridicată ?iî **sus**
(|H")l ik-nuari'H dui> >i a etk'muluu).

i se rctoniwttda cnâncarea, băutura sau luarea m**ur**
nu<l« H'iHc fără aprobam» ntedicului, Operaţia — c**are**
<ru,t. -u itloii'-.icul .vă fie col —\a Irt-bui ;«â fie hotărâtfi fo **arte**

ENTORSA CĂLCÂIULUI

Tibia şi peroneul sunt cele două oase ale gambei. Exact dedesubt se află astragalul (în formă de paralelipiped), primul os al piciorului, în cazul entorsei călcâiului, este afectată articulaţia peroneo-tibio-astragaliană.

Piciorul se „răsuceşte" cel mai des spre interior, ceea ce provoacă o întindere temporară, chiar o ruptură a ligamentului situat pe exteriorul articulaţiei, în realitate, acest ligament e format din trei fascicule diferite: anterior (cel mai des afectat), mediu şi posterior.

în funcţie de gravitatea accidentului iniţial, leziunile pot fi mai mult sau mai puţin importante (întindere ligamentară sau ruptură parţială sau totală). Traumatismul provoacă uneori chiar şi o mică smulgere osoasă. Capsula (ţesutul fibros care înconjoară articulaţia) este şi ea uneori lezată.

După un traumatism al călcâiului, medicul va încerca să evalueze cât mai bine posibil amploarea leziunilor.

Când mergem la consult?

Nu se recomandă deloc neglijarea unei entorse a călcâiului, chiar dacă pare la prima vedere neînsemnată. Când, după traumatism, durerea se estompează, este greşit să se creadă că glezna nu suferă de nici o leziune.

O gleznă prost îngrijită riscă pe termen lung să nu se consolideze bine, să rămână instabilă, în cele mai multe cazuri, este deci necesară consultarea medicului.

în funcţie de alte simptome care se pot manifesta după traumatism (edem, hematom), e posibil să se evalueze în parte gravitatea entorsei. Printr-un examen clinic, şi îndeosebi prin palparea diferitelor regiuni ale gleznei, medicul va aprecia mai hmo uinplonroa afecţiunii.

Când se f ace o radiografie? .

Când există o durere post-traumatică, radiografia este în mod sistematic indicată. Ea permite să se vizualizeze o eventuală mică fractură (leziunea maleolei, smulgere ligamentară etc.).

Pentru a evalua mai bine leziunile articulare, uneori e necesar un alt oxumcn radiologie mai specific. Se face o radiografie a gleznei rănitului în „varus forţat": medicul înclină călcâiul pacientului spre interior în timp ce se face radiografia. Acest test, puţin cam dureros pentru bolnav, permite o Inmft evaluare a unei eventuale leziuni ligamentare şi deci cunoaşterea gravi-Iflţii traumatismului. Dacă, în cursul acestei manevre, marginile articulaţiei (observate pe ecran) se depărtează, înseamnă că ligamentul a fost probabil afectat.

Care sunt soluţiile?

l'entru entorsele benigne, totul se limitează la „consolidarea" călcâiului, Iftrft o imobili/are adevărată. Se foloseşte o teacă elastică, un ghips moale, un *Mnii>i>ing* (bande elastice adezive sunt puse de medic în jurul gleznei) şi NU lusfl aşa câteva zile.

în ca/ul entorselor de gravitate medie, o imobilizare rigidă permite fasciculelor ligamentare lezate să se cicatrizeze corect. Mijloacele de susţinere suplă sunt în general insuficiente; se preferă de cele mai multe ori un ghips (sau răşină sintetică) cu care să se poată merge. Această imobilizare

• '.te menţinută înjur de trei săptămâni. Se mai poate folosi o atelă pneumatică ire se umilă pentru a menţine glezna în loc în timpul mersului, atelă care scoasă noaptea.

în ca/ul entorselor grave, cu o mică smulgere osoasă de exemplu, se impune o imobilizare rigidă timp de şase săptămâni.

Când e necesară operaţia?

Intervenţia chirurgicală este uneori necesară pentru sutura şi repararea fasciculelor l igamentare Ic/ate. Ea este recomandată în cazul în care ligamentul este ura v afectai, farfi a se putea cicatriza corect numai cu o imobilizare.

%

Soluţia chirurgicală este mai uşor propusă dacă persoana rănită este foarte sportivă. Continuarea activităţii sale fizice necesită o bună stabilizare a călcâiului şi deci o bună reparare a ligamentului. Intervenţia mai poate să fie indicată dacă există unele tipuri de fracturi asociate. După operaţie, este necesară o imobilizare în ghips de şase săptămâni.

Care sunt urmările?

O reeducare poate fi recomandată la câteva zile după scoaterea ghipsului. Ea este cu atât mai recomandabilă cu cât imobilizarea a fost mai lungă. Această reeducare permite întărirea muşchilor care menţin călcâiul şi restabilirea sensibilităţilor care îi controlează stabilitatea. Dintre complicaţii, o algodistrofie (la originea unei decalcifieri locale şi a unei reacţii inflamatorii) se poate manifesta la câteva săptămâni după traumatismul iniţial.

Pe termen lung, există riscul unei instabilităţi a gleznei — mai ales dacă, de la început, primele îngrijiri medicale au fost insuficiente. Persoana se plânge de dureri şi piciorul se suceşte cu uşurinţă... ceea ce poate favoriza o nouă entorsă. Această instabilitate cronică a gleznei poate fi corectată prin şedinţe de reeducare foarte bine conduse sau printr-o intervenţie chirurgicală.

*** La adult, orice imobilizare rigidă» chiar cu un ghips cu cure se poate merge comportând o talonetă, necesită luarea de anticoagulaute pentru a se evita riscul unei flebite.**

+ La copU, în «ai de entorsă gravă, va fi necesai u > xu ju a - eghere medicală de câţiva ani pentru a se vedea dacă s? u v. ai m au a fost afectate cartilajele de creştere.

GENUNCHIUL. LIGAMENTUL RUPT

în urma unui traumatism grav al genunchiului, ligamentul încrucişat interior se rupe. Chiar dacă operaţia nu este singura soluţie avută în vedere, .'ii este uneori indispensabilă.

în ce caz se recomandă operaţia?

Uu depinde de doi parametri:

• l,e/iunea ligamentului.

Se produce din cauza unei mobilizări a genunchiului dincolo de „noi mal", în general în cursul unei activităţi sportive (schi, fotbal, cădere tic pe cal...). Mişcările forţate în rotaţie internă sau externă, sau în extensie, sunt cele mai dăunătoare. Ligamentul poate să fi fost întins, rupt parţial sau (lotul. Intervenţia chirurgicală se va face în funcţie de jena simţită, de instabi-* \ lilutea articulară şi de leziunile constatate. f(

* Activităţile pacientului. l

Operaţia se recomandă indivizilor care practică un sport de înalt nivel fi eflnd acest sport obligă la o bună stabilitate a genunchiului. Intervenţia este atunci cu atât mai indispensabilă cu cât pacientul este mai tânăr. Altfel, intervenţia chirurgicală trebuie hotărâtă de la caz la caz.

Ce examene se fac înainte?

Chiar dacă un examen clinic minuţios poate să ducă informaţii preţioase pentru umil i/arca unei eventuale le/iuni ligamentare, sunt necesare si alte

investigaţii, mai ales dacă se are în vedere o intervenţie chirurgicală. Ele vor permite să se identifice în mod precis traumatismului ligamentar şi să se constate dacă există alte leziuni locale.

în afara radiografiilor clasice, se face în general o artografie (radiografie a articulaţiei în care s-a injectat o substanţă de contrast la raze X). Un examen cu ajutorul rezonanţei magnetice arată cu precizie natura leziunii ligamentare. în fine, chirurgul poate să ceară o artoscopie. E vorba de o adevărată intervenţie chirurgicală, care constă în introducerea unei sonde optice cu iluminare care să vizualizeze interiorul articulaţiei. Chirurgul poate astfel să descopere eventuala leziune ligamentară şi, cu ajutorul unor instrumente fine, să opereze prin această tehnică.

În ce constă operaţia?

Scopul este reconstruirea ligamentului prin înlocuirea lui cu o structură de mare rezistenţă. De fapt, există peste o sută de tehnici operatorii diferite. Una dintre ele (frecvent aleasă) constă în prelevarea unei porţiuni de tendon rotulian şi fixarea lui între tibie şi femur în locul ligamentului lezat. Operaţia (sub anestezie generală sau peridurală), care durează aproape trei ore, se poate face prin artoscopie sau în mod mai clasic, printr-o incizie de câţiva centimetri.

Care sunt urmările operaţiei?

Primele 48 de ore postoperatorii sunt dureroase. După trecerea lor, pacientul poate să înceapă să meargă cu un baston şi deseori cu o atelă. Când se află lungit, piciorul e în general aşezat pe o atelă mecanizată care permite o mobilizare domoală şi pasivă a genunchiului. Dacă nu sunt complicaţii, operatul rămâne în spital înjur de o săptămână. După care o reeducare este indispensabilă.

Dar trebuie ştiut că, chiar şi după o reconstrucţie ligamentară, genunchiul nu-şi va putea niciodată recăpăta o funcţionare şi o rezistenţă absolut normale.

CE E UN LIGAMENT

Ligamentul încrucişat anterior este o ţesătură fibroasă cu o lungime de 33 mm, situată în articulaţia genunchiului, care leagă tibia (osul gambei) de femur (osul coapsei). Celelalte ligamente sunt: ligamentul încrucişat posterior şi, pe laturi, ligamentele externe şi interne.

*** Nu Vt'ţi "i** '• %i,- i•»>•"!.» Jun
(lii|>;'i operaţi.

« Hccdui •• î s ; / . ' A» .'-T- • î-rt» Si. îr-î'ntc «h a n
o a» li\ Hule sţ> Ui a

'0
fft

PROTEZA GENUNCHIULUI

în cazul unei uzuri importante a articulaţiei datorate artrozei sau, mai rar, din cauza unei maladii reumatismale inflamatorii (poliartrita reumatoidă), genunchiul poate să doară foarte tare şi să fie uneori aproape imobil. Atunci e posibil sa fie înlocuit cu o nouă articulaţie.

Când ne operăm?

Intervenţia chirurgicală se are în vedere atunci când genunchiul doare prea tare (în ciuda medicamentelor administrate) şi face mersul foarte dificil. Operaţia se hotărăşte şi în funcţie de criterii radiologice. Clişeele radiologice se fac faţă şi profil (în picioare). Alte radiografii — genunchiul în parte îndoit — permit să se aprecieze poziţia rotulei. Prin aceste examene se studiază şi axele de forţă care se exercită asupra genunchiului şi care va trebui poate să fie corectate prin intervenţie. Uneori e necesară şi o tomografie a genunchiului.

Fixarea unei proteze nu este neapărat prima operaţie propusă de chirurg. O osteotomie (scoaterea unui mic fragment de os) permite relaxarea femurului şi tibiei, pentru a micşora unele constrângeri mecanice care se exercită asupra genunchiului. Dar când distrugerea articulară este prea importantă, proteza articulară este singura soluţie chirurgicală ce poate fi avută în vedere.

Cum se desfăşoară operaţia?

în general, intervenţia duiva/,1 între două şi trei ore. Se face fără anestezie Hcncruln, dar ponto sfl fio piucliuilA sub anestezie peridurală. Proteza este

irmată din metal şi material sintetic. Ea reproduce în parte articulaţia genunliiului fiind fixată pe extremitatea inferioară a femurului şi partea de sus a ihiei. Unele ligamente (uneori lezate de degenerescenta artrozică) nu sunt 'fl.strutc (ligamentul încrucişat anterior şi deseori ligamentul încrucişat posteior). Dispariţia acestor ligamente nu va stingheri stabilitatea genunchiului. l)acă nu se ivesc alte probleme, persoana rămâne în spital vreo cincispre-;ece /.i le.

Care sunt urmările operaţiei?

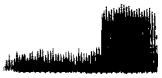
Primele 48 de ore după operaţie sunt deseori dureroase. După două-trei ',ilc, pacientul începe să se ridice. In prima lună, mersul se face cu ajutorul t doufi bastoane (uneori cu o atelă de menţinere înjurai genunchiului operat), ipoi numai cu un baston. In general e nevoie de două luni pentru redobândirea mei luiUmomii perfecte, în acest timp, reeducarea este necesară. Ea poate .n fie mai mult sau mai puţin intensivă şi regulată în funcţie de capacităţile Ic recuperare ale fiecăruia. Controalele chirurgului sunt indispensabile după

C'tin' sunt eventualele complicaţii?

Se poate produce o desprindere mecanică: proteza nu mai rămâne fixată pe os. Primul semnal de alarmă este o durere, care poate să apară la câteva luni sau câţiva ani după operaţie.

Alta problemă majoră este riscul infecţios. Pentru evitarea lui, echipa • l iirurgicală trebuie să lucreze cu cea mai mare precauţie. Pacientul trebuie înuinte şi după operaţie — să urmeze cu rigurozitate regulile de igienă indicate de chirurg (să aibă dinţii în stare bună, să nu neglijeze o plagă cutanată...).

Ac*'ii operaţie a devenit azi foarte obişnuita,
» l>ii|u iiitervt'nţia chirurgicală, şedinţele de reeducare sunt
pi un u redobândirea unei bune mobilităţi.



PROTEZA ŞOLDULUI

Şoldul este înlocuit cu o articulaţie nouă. Această intervenţie este necesară în două împrejurări:

* în caz de fractură.

Operaţia nu trebuie să aştepte. O proteză a şoldului este fixată dacă există o fractură a colului femurului la o persoană în vârstă sau la o persoană mai tânără când fractura este foarte deplasată sau diagnosticată cu întârziere.

* în cazul unei puternice „uzuri articulare".

Persoana este jenată mai ales de dureri şi o rigiditate articulară, care fac mersul foarte dificil. Afecţiunea care poartă cel mai des vina este artroza şoldului (coxartroxa). în alte daţi, cauza acestei uzuri poate să provină de la o maladie reumatismală (poliartrită reumatoidă), de la urmările unei malformaţii (luxaţia congenitală a şoldului), de la o infecţie... în toate aceste împrejurări, cu excepţia unei fracturi, operaţia poate să fie programată. Nu e niciodată urgentă.

Când ne operăm?

în caz de fractură femurală, nici nu se mai pune problema. Este greu să se dea un răspuns definitiv în caz de uzură articulară. Operaţia se hotărăşte în funcţie de dureri, de dificultăţile la mers, de vârstă, dar şi de semnele radiologice.

Pentru mulţi chirurgi, la persoanele de patruzeci şi cinci de ani nu este oportun să se pună o articulaţie artificială de la primele semne de uzură. „Longevitatea" unei prote/e a şoldului este de 10-20 de ani (exceptând incidentele deosebite), în schimb, pentru persoanele în vârstă, operaţia este propusă larfl înlAr/.icrc,

f n ce constă operaţia?

Proteza fixată trebuie să reproducă cât mai bine anatomia şoldului. Prima luncă a chirurgului este alegerea pieselor care vor forma noua articulaţie rlilicială. Pentru asta, el suprapune calcuri peste radiografiile şoldului etet'iorat. După ce se stabilesc aceste repere şi se alege materialul, intervenţia Inrurgicală poate să înceapă. Există patru căi principale posibile. Alegerea cpindc de caracteristicile leziunilor ortopedice, de pacient (vârstă, stare cncrală de sănătate), dar şi de experienţa chirurgului. Cea mai des practicată sic culca postero-externă (prin muşchiul mare fesier).

()pcraţia durează între trei sferturi de oră şi două ore. Cel mai des este leetiiiitfl sub anestezie generală, dar e posibilă şi o anestezie peridurală.

Urmările operaţiei

l"Ic depind de leziunile iniţiale, de starea de sănătate a pacientului, de shnicu operatorie aleasă, în cel mai bun caz, operatul se poate ridica din pat doua /i după intervenţie şi se poate întoarce acasă după 8-10 zile. Urmările ipera|iei sunt în general mai lungi şi este necesară o reeducare intensă.

Care sunt riscurile?

lixistft mai întâi cele legate de orice anestezie generală (excepţionale) •i do o intervenţie chirurgicală asupra membrului inferior (flebită). Ca în :u/ul oricărei proteze, există riscuri infecţioase.

l)upă mai multe zile sau mai multe luni de la operaţie pot să survină melc complicaţii. Ele sunt în general legate de tehnica operatorie şi în special Ic culca de acces aleasă. Se poate produce o luxaţie, o proastă recuperare a imyuhilor fesei (provocând şchiopătarea). Din fericire, aceste probleme sunt we ^i, în marea majoritate a cazurilor, această operaţie dă în întregime iBtislucţie, permiţând redobândirea unei folosiri normale a şoldului. Pe crmcn lung, există riscurile unei degradări a şoldului reconstruit.

*** Dacii aţi fosi operat în urma cu câţiva ani şi simţiţi d şold, nu c/.ilaţi să nitrgcli hi medic.**

*** l'o:i(r < or 11 «cocs urc fotografii pentru controlarea**

,11 M l(I I CCll »rO(<'/TI lt» U i

HERNIA DE DISC

Problema se referă la discul intervertebral, acest „amortizor fibri-cartilaginos" situat între vertebre (mai exact între corpii vitroşi). Discul (sau o parte) alunecă spre partea din spate, spre canalul rahidian care conţine măduva spinării şi rădăcinile ei nervoase. Se formează astfel o protruzie, adevărată hernie a discului în canalul rahidian. Hernia de disc (însoţită de o puternică reacţie inflamatorie) poate să apese rădăcinile nervoase şi să provoace durere (ca cea a unei crize de sciatică sau de cruralgie). în marea majoritate a cazurilor de hernie de disc lombară, tratamentul medical nu este de ajuns. Se întâmplă ca intervenţia chirurgicală să fie necesară.

Când ne operăm?

Intervenţia chirurgicală se are în vedere dacă, în ciuda tuturor tratamentelor medicamentoase, durerea persistă. Se poate recomanda o aşteptare de aproximativ şase săptămâni pentru a aprecia eficacitatea acestor tratamente.

Operaţia este urgentă: dacă durerile sunt foarte intense în ciuda tratamentului; dacă există tulburări severe ale sensibilităţii cutanate (furnicături, pierderea sensibilităţii unei părţi a gambei); dacă apare o scădere a forţei musculare la extremitatea gambei, un început de „paralizie" (dificultatea de a ridica degetele...); dacă apar tulburări trofice (sudaţie, aspect cianozat sau alb al pielii).

Dar hotărârea operaţiei poate să fie dificilă şi complexă, căci depinde de numeroşi factori legaţi de pacientul însuşi, de activitatea sa, de leziunile discului.

Ce examene se f ac înainte de operaţie?

în general, atâta vreme cât operaţia nu e prevăzută, radiografiile sunt Ic ajuns. Investigaţii mai aprofundate se fac atunci când originea durerilor iu u putut să fie definită în mod clar sau când se are în vedere operaţia, lomografia şi explorarea cu ajutorul rezonanţei magnetice sunt examenele ;cle mai practicate.

Aceste explorări sunt uneori realizate cu injectarea unei substanţe de xmtrust în canalul rahidian sau în discul intravertebral. Ele au drept scop urna vizualizare a herniei de disc (localizarea ei, mărimea, forma...) şi urni /arca unor informaţii indispensabile pentru viitoarea intervenţie a .'hinirflului

Cum are loc operaţia?

Hn se face sub anestezie generală. Poziţia cea mai curentă este pe burtă: jpciulul este aşezat în genunchi, cu picioarele îndoite sub abdomen.

rhimrgul face o incizie de câţiva centimetri în dreptul şalelor, de-a 1111 inul coloanei vertebrale. Pentru a ajunge la hernia de disc, cel care operează l>l igut sfl scoată o parte din arcul posterior al vertebrei. După care, chirurgul «.iţe hernia (fragmentul de disc care s-a deplasat spre canalul rahidian) şi „iti/uie" partea de disc fragilizată care riscă şi ea să se deplaseze.

0 dificultate majoră a acestei operaţii este scoaterea fragmentului de d iste „bolnav" fără a leza structurile nervoase care se află în apropiere. ()pcraţia este făcută de ortopezi sau de neurochirurgi şi durează cam o oră.

('are sunt urmările?

1 •»iurte des, durerea care fusese provocată de hernia de disc dispare după
operaţie. Pacientul se ridică din pat după 4-5 zile şi rămâne în spital înjur de /,ece /ile. Purtarea unui corset (timp de câteva zile) sau reeducarea nu sunt totdeauna propuse.

Ce facem dacă durerile persistă?

în majoritatea ca/urilor, durerile provocate de hernie dispar. Ceea ce, iui tnseamnrt cft toate durerile au fost neapărat eliminate. Unii pacienţi,

debarasaţi de durerile de disc, suferă în continuare de o durere de spate cronică provocată de o artroză lombară. Dacă bolnavul continuă să se plângă, medicul sau chirurgul va trebui să fie foarte meticulos în analiza lui. Trebuie să se afle dacă aceste dureri sunt consecinţele unei artroze sau ale unei recidive locale, sau ale unei probleme vertebrale (sau de disc) situată deasupra sau dedesubtul leziunii iniţiale. Uneori e necesară o nouă investigaţie reumatologică şi neurologică.

Se mai întâmplă ca aceste dureri să fie legate de o fibroză (reacţie a ţesutului conjunctiv care înconjoară una sau mai multe rădăcini nervoase). în acest caz, problema este deseori dificilă, sunt prescrise medicamente, dar se poate încerca o nouă intervenţie chirurgicală.

* ChimiftnudeelilH|oîistă î& injectarea unei enzime în âernîA <Je dâse pentru wo dezintegra local. Acest tratament se mizează tn cazul unei hernii de *miv -âimemiunl* Dacă e ,fn general este necesară operaţia.

Chiar «Jstft operativ diminA oiice *li* rSitt. «i o'coloas*?, vertebrală igienă" a spatelui

i o bo?

SCOLIOZA

Este vorba de deformarea unei părţi a coloanei vertebrale (lombară, dorsală, dorso-lombară, cervico-dorsală). Această deformare provoacă diferite tulburări, printre care o înclinaţie laterală (cu o curbură spre dreapta sau spre stânga, sau uneori în formă de „S"), o rotire a vertebrelor în jurul lor.

în ciuda şedinţelor de reeducare, de gimnastică sau a purtării unui corset, e posibil ca operaţia să fie în cele din urmă inevitabilă.

(*'and devine operaţia necesară?*

< (ind deformarea vertebrală este prea mare. Operaţia se hotărăşte în funcţie de diferite criterii. Unul dintre principalele elemente pe care ortopedul îl v» reţine este angulaţia acestei scolioze, în general, dincolo de 35-40 de grade se poate avea în vedere o intervenţie chirurgicală.

Ceilalţi parametri ce trebuie luaţi în consideraţie sunt vârsta pacientului, durerile de care se plânge, evoluţia deformărilor, localizarea lor (lombară «nu toracică) etc.

f n ce constă operaţia?

Chirurgul va plasa, de-a lungul coloanei vertebrale, una sau două tije metalice, şi va realiza o osteosinteză pentru unirea diferitelor vertebre (grefe vertebrale).

Operaţia are două obiective:

• Reducerea deformaţiilor vertebrale. Să se treacă, de exemplu, de la o deformare de 40 de grade la 15 grade.

Nicolas Evrard

Tehnici operatorii, puse la punct în urmă cu câţiva ani, permit corectarea altor deformări inerente scoliozei, precum rotirea vertebrelor în jurul lor.

* După corectare, menţinerea în poziţie a porţiunii de coloană vertebrală care a fost operată.

Poate fi operat un copil mic?

Nu. în marea majoritate a cazurilor, trebuie să se aştepte sfârşitul creşterii. Diferite examene radiologice permit să se afle în ce stadiu de creştere se află adolescentul. Intervenţia chirurgicală se va face atunci când coloana vertebrală nu mai creşte.

Operaţia poate să fie propusă şi la vârsta adultă. Dacă scolioza este relativ gravă, această deformare riscă să se agraveze de-a lungul timpului şi să pună multe probleme (precum dureri sau jene respiratorii).

Ce trebuie făcut înainte?

Unele echipe de chirurgi preconizează, cu două-trei săptămâni înainte de operaţie, şedinţe de punere în tracţiune. Această pregătire se practică din ce în ce mai puţin. Se pare că nu prezintă importanţă decât pentru scoliozele puternic rigidizate. Pe de altă parte, cu câteva zile înainte de operaţie, se ia puţin sânge, care va fi apoi retransfuzat în cursul operaţiei (e vorba de o autotransfuzie).

Cât durează operaţia şi care sunt urmările?

Operaţia durează între două şi patru ore. în general, pacientul nu stă mai mult de 48 de ore la terapie intensivă. Uneori se întoarce direct în cameră. Spitalizarea durează zece-douăzeci de zile. Mai târziu, pacientul nu poartă corset.

Pentru reluarea unei activităţi sportive, trebuie să se aştepte şase luni. Sporturile violente (paraşutism, karate) vor fi interzise.

Riscurile operaţiei

Aceste riscuri (inlivjii. hemoragii...) sunt inerente oricărei anestezii şi oricărui act chiniiyicnl l)ni pentru această operaţie există un risc specific

Ic ordin neurologic. Corectând deformarea coloanei vertebrale, chirurgul vn mobiliza măduva spinării închisă în interiorul coloanei. Deşi riscurile învii accident sunt extrem de rare, precauţiile sunt indispensabile. In timpul operaţiei sau imediat după ea se verifică ca nu cumva această manevră să fi provocat vreo problemă la nivelul măduvei spinării şi a rădăcinilor sale nervoase. Această verificare se face printr-un examen (măsurarea potenţialelor amintite)

* Scolio/a estte o afecţiune care se dezvoltă în cursul c« <-st«•» ii, Do unde importanţa examinării regulate a spatelui copiilor.

* Kstc important să se diagnosticheze, sa se suprav^htve >i sn se trateze o &cojioză *cit* **tnaî timpuriu** posibil. Este cel mai IMUI mijloc de a se evita o Intervenţie chirurgicală.

i linii i

INIMA ŞI VASELE

VARICELE

Intervenţia chirurgicală este în general recomandată dacă vancele sunt surse de complicaţii, precum flebită, ulcer sau eczemă localizată pe gambă. Dacă varicele provoacă crampe, furnicături şi edeme importante la nivelul călcâielor, operaţia poate fi făcută cu folos. Ea mai este uneori propusă în cazul unui important prejudiciu estetic, când venele sunt foarte dilatate.

Care sunt examenele prealabile?

Mai întâi o consultare pre-operatorie de anestezie, cu eventuale examene suplimentare, în ceea ce priveşte patologia venoasă propriu-zisă, este indispensabil un examen Doppler. Acest examen permite vizualizarea aspectului venelor (şi eventualele lor leziuni) şi evaluarea funcţionării lor (după refluxuri le sanguine şi alte anomalii). Această explorare priveşte mai ales vena safenă internă, cel mai des afectată, care urcă în interiorul gleznei până în regiunea inghinală Mai rar este afectată vena safenă externă care trece prin partea din spate a pulpi-i piciorului.

are loc operaţia?

>l terasa se face cel mai des sub o anestezie generală uşoară; uneori NiiUcientă o anestezie locală. Scopul operaţiei este suprimarea venelor îl i lalate, care nu mai reuşesc să urce sângele spre partea de sus a corpului. l)pcraţia începe cu o incizie în pliul regiunii inghinale (sau în partea .pale a genunchiului când e vorba de safena externă) ca să se deconecteze \ ho l navă de reţeaua venoasă sănătoasă. Apoi se continuă:

* l'ic prin metoda de *strîpping* (cu ajutorul unui fir, vena este răsucită unsa).

» l 'ic prin crio-ablaţie (vena este fixată prin congelare pe o sondă, apoi isft).

( )pcraţia se termină prin ablaţia ramurilor venoase anexe, şi ele bolnave.)tnl, chirurgul trebuie să facă pe gambă mai multe incizii mici (cam de iu fiecare) care nu vor lăsa în general decât cicatrice mici.

Care sunt urmările?

] ,fl doufl ore după operaţie, pacientul se poate ridica cu ajutorul unui 3/.itcrupcut. Când operatul se culcă din nou, se face în general o şedinţă iresolerapie.

Spilali/area durează 24-48 de ore. Pacientul se întoarce la domiciliu nil. în jurul piciorului operat, o bandă elastică care poate fi scoasă noaptea. iriinclc /.ile, se recomandă să se stea cât mai mult posibil în picioare şi să mlft pusul pe loc. Banda elastică se scoate definitiv după o săptămână. ulunei sunt scoase şi firele.

Pe membrul operat pot să apară echimoze mari. Ele vor dispărea cu pul . Pacientul este uneori jenat de furnicături sau de pierderea sensibilităţii iiînniiu- 1 i'i',iuni ale piciorului. Aceste tulburări senzitive se vor normaliza Mal ilup.i i .iteva luni. în ceea ce priveşte sportul, el poate fi reluat progresiv >n uiH-r.pKV.eee zile. Va trebui totuşi să se evite activităţile care riscă să iinali/i i pereţii venoşi, precum jogging-ul pe teren tare.

Compli' .i(iilc sunt rare. Apariţia unui hematom cu o foarte puternică cţii- ml l.mialoric se tratcu/ă cu ajutorul unor cataplasme cu «lumină.

Nicolas Evrard

venoasă.
eaite important

tue
tratarea
tu picioare,

PAGEMAKER

Stimulatorul cardiac (sau *pacemaker)* este format dintr-o pilă electrică închisă într-o cutie, de unde pornesc unu-doi electrozi legaţi la inimă. Pila emite stimulaţii electrice care trec prin electrozi şi antrenează muşchii cardinci să se contracte în mod regulat.

în mod normal, bătăile inimii se află sub dependenţa sistemului electric ni inimii. Acest organ are propriile lui „pile electrice" (principala situându-se în peretele unui auricul) legate la o reţea care merge până la ventricule.

Care sunt indicaţiile?

De cele mai multe ori, în cazul unor tulburări ale conducţiei electrice. Kc/ultatul: frecvenţa cardiacă scade, devine neregulată, apărând uneori ailcvArate pauze. Aceste anomalii pot să se afle la originea gâfâielilor, sincopelor.

Stimulatorul cardiac împiedică inima să-şi încetinească contracţiile la extrem, şi chiar să se oprească, în funcţie de localizarea problemei pe „reţeaua electrică" a inimii, se propun diferite tipuri de stimulatoare. Datorită materinlelor noi (şi în special informaticii), aceste aparate sunt uneori foarte sofisticate. Printr-un sistem de telemetrie—un emiţător trimite prin câmpuri electromagnetice informaţii către cutiuţa plasată sub piele —, este posibil sfl se schimbe programarea stimulatorilor. Unii stimulatori sunt dotaţi cu un sistem care permite adaptarea la un efort fizic (în aparatură sunt încorporaţi captori care înregistrează mişcările musculare şi respiratorii).

în sfârşit, mult mai rar, un stimulator cardiac poate fi indicat pentru ameliorarea eficacităţii contractile a muşchiului cardiac. Modificând

secvenţa sa de activare electrică, inima devine mai „performantă". Această soluţie aste deseori recomandată în caz de cardiomiopatie hipertrofică obstructivă.

Alteori, cardiologii implantează un stimulator în caz de insuficienţă cardiacă gravă, în viitor, această indicaţie ar putea să devină foarte frecventă.

Cum se derulează intervenţia?

Ea are loc în general sub anestezie locală + calmant. Cardiologul face o incizie în partea de sus a toracelui (la dreapta sau la stânga) pentru ca apoi să facă să pătrundă printr-o venă una-două sonde a căror extremitate se fixează în interiorul inimii (auricul sau ventricul, sau ambele). Această operaţiune se face sub control radioscopic. Sondele sunt legate la o cutie care conţine pila electrică şi aparatura informatică, fixată chiar sub piele (sub claviculă) sau sub muşchiul mare pectoral. Cutia cântăreşte 25-40 g. Operaţia durează între o jumătate de oră şi o oră.

în Franţa sunt implantate anual peste 30 000 de stimulatoare cardiace.

Care sunt urmările?

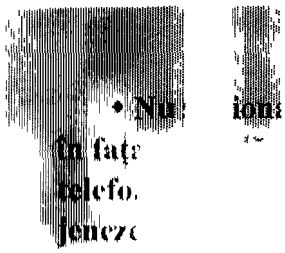
Pacientul stă în spital înjur de opt zile pentru controlul fixării sondelor, a bunei cicatrizări, a funcţionării stimulatorului, a toleranţei sale... Cardiologul reglează stimulatorul ca să fie bine adaptat. Azi, datorită înaltei tehnicităţi a acestor aparate, este posibil să se obţină o programare perfect individualizată pentru fiecare persoană. Aceste reglări se fac prin telemetrie. Cardiologul face câteva examene (ecografie, radiologie, Holter, probă de efort).

în general, cardiologul îl vede din nou pe pacient o lună mai târziu pentru a evalua adaptarea stimulatorului şi, eventual, pentru a-i modifica reglările. Mai târziu, controalele se fac la fiecare şase sau douăsprezece luni.

Uzura, „durata de viaţă" a acestor aparate depinde de modul de funcţionare al stimulatorului (cele care funcţionează fără întrerupere se „uzează" mai repede decât cele care intervin cu intermitenţă). Al doilea parametru **este** m&rimcn şi deci puterea iniţială a pilei electrice (cele mai mari durealz In principiu mai mult). Oricum, după cinci-zece ani, este

necesară schimbarea cutiei. Sondele sunt înlocuite cam la fiecare doisprezece ani.

Ca orice purtător de proteză — mai ales intracardiacă —, pacienţii vor Irebui să fie deosebit de vigilenţi la infecţii (se recomandă un examen regulat ni dentiţiei pentru detectarea cariilor).



purtători de

sliinulutn

J

ANGIOPLASTIE

(pentru desfundarea i^nei artere obturate)

Intervenţia e propusă atunci câfld muşchiul cardiac (miocard) nu este suficient irigat. Artera coronară care a<#uce sângele la miocard este obturată de o placă de grăsime tare numită ate?ro«m. Obiectivul angioplastiei este de a restabili circulaţia sângelui în interiorul[1] acestui vas. Această operaţie constă în dilatarea arterei coronare, sau mai e:xact a zonei sale îngustate.

Ce examene se pot face înfli>nte de angioplastie?

* O electrocardiogramă de efort p'entru a vedea dacă inima suferă sau nu în cursul eforturilor fizice.

* O scintigrafie cu taliu pentru vi zu»alizarea porţiunii muşchiului cardiac care este afectată.

* O coronarografie (radiografii <£u opacizarea coronarelor) pentru a identifica îngustimea de pe coronare*-

Cum se derulează operatiat?

O sondă lungă şi flexibilă este *i* nt^dusă în artera femurală la nivelul regiunii inghinale. Extremitatea ei C caftre ^ *w* mic balon gonflabil) este urcată până la inimă, apoi în artera *c* or<-°nară care trebuie desfundată.

Ajuns în dreptul zonei îngustate,, bpalonul este umflat, strivind cheagul sau placa de aterom care formează o» bs8tacolul-

Toată această intervenţie se fac«e ^u cea mai mare minu iozitate' sub control radiologie. por|iunen de arteră ctf>K>nară ce trebuie dilatată fiind foarte Inguslfl. Diametrul unei **coronnrr** est.*-% c^"P"ns între 1,5 şi 4 mm.

Durata intervenţiei depinde de numărul de îngustimi de dilatat şi de poziţia lor. în general, totul durează o oră.

Care e principalul ei avantaj?

Intervenţia este de scurtă durată şi nu necesită anestezie generală (unele echipe medicale fac o neuroleptanalgezie — anestezie uşoară). Bolnavul nu trebuie să mănânce doar câteva ore. în total, nu stă în spital decât trei-patru zile.

Riscul major?

în cursul dilatării, e posibil ca pereţii coronarei să fie deterioraţi... şi să declanşeze un fenomen de coagulare sanguină. Un cheag se poate forma în câteva minute.

Consecinţele pot să fie grave. Acest accident a devenit astăzi rar; el necesită fixarea unui mic tub metalic numit endoproteză care permite repararea peretelui. Datorită acestei noi „ustensile", se evită recurgerea la un pontaj de urgenţă, care încă mai era necesar în urmă cu câţiva ani.

***Ce** urmează?*

Inconvenientul acestei tehnici este că există un risc de reconstituire a îngustării în 30-40% din cazuri: o restenoză. Acest fenomen se produce în general în primele şase luni de după operaţie. Nu e vorba de formarea unui cheag, ci de peretele muscular al coronarei care se îngroaşă. Pacientul, fiind avertizat de această eventualitate, trebuie deci supravegheat în această perioadă.

Dacă apare o restenoză care jenează funcţionarea inimii, atunci există două soluţii: repetarea unei angioplastii (ceea ce se propune cel mai frecvent) cu sau fără endoproteză sau efectuarea unui pontaj.

O angioplastie poate să fie recomandată de trei-patru ori. Dar, de cele mai multe ori, o singură dată este suficient pentru asigurarea vindecării.

Nicofas Evrard

j;! ;';0;*»iAa!.gi0plastia este uneori realizată în caz de slăbieiî
sau pentru unele ăflgliine pectorale*,
după operaţie, pacienţii w^C iatt'dwulWriC
iaedicain«nţe, 4întrc care aspirina **în** doze
cardiacă gravă (infarct) foarte naîci *şi im*
*** în general,** inhibitor de calciu.

PONTAI CORONAR

Artera coronară, care în mod normal aduce sângele în muşchiul cardiac *$* astfel hrăneşte inima, este mai mult sau mai puţin obturată (de o placă de "crom). Inima fiind irigată insuficient, se produc crize de anghina pectorală %i infarct.

Pontajul coronar constă în scurt-circuitarea porţiunii îngustate a corona-Mui făcând să circule sângele pe un „itinerar bis".

Kxistă două tehnici operatorii.

Prima utilizează artera mamară internă „branşându-i" extremitatea la l(>r<>mirfl dincolo de zona ei obturată. Sângele va intra deci direct din artera "iiininift internă în porţiunea sănătoasă a coronarei.

Prin cealaltă tehnică, chirurgul prelevă o porţiune de venă de la picior ^ii fcnu internă) pentru a fixa un capăt la aortă şi celălalt în aval de obturarea tronară. Sângele pleacă de la aortă, trece prin grefonul venos şi intră în tronară.

Când se propune această intervenţie?

\-,*i*\ poate fi indicată atunci când celelalte tratamente, şi în special "i^ioplastia, nu pot fi utilizate sau când nu au dus la rezultatul scontat. "Ucrvenjia este indicată în funcţie de localizare sau de mărimea îngustării ^ronare şi de numărul de vase bolnave, în general, această operaţie este ^Comandată când sunt afectate mai multe vase coronare. Nu sunt rare 'tasuriIc când chirurgul face trei, ba chiar patru, pontaje în timpul operaţiei.

()pcraţia poate să fie propusă după o investigare cardiologică completă, li **în** special a unui examen radiografie al arterelor coronare (coronarografie).

Aceste investigaţii sunt esenţiale, întrucât e vorba de o operaţie grea. Riscul major este un accident cardiac — care poate fi fatal — provocat în general de un infarct. Pericolul este cu atât mai mare cu cât intervenţia chirurgicală se face asupra unei inimi deja obosite.

Cum se derulează operaţia?

Se face o incizie în mijlocul toracelui (trecând prin stern). Pentru ca chirurgul să poată opera, inima trebuie să rămână imobilă. Pentru asta trebuie pusă în repaus şi folosită o maşină pentru asigurarea circulaţiei sângelui în organism. După instalarea acestei „circulaţii extracorporale", chirurgul poate începe intervenţia asupra vaselor inimii. La sfârşitul operaţiei, inima „reporneşte" cu ajutorul unor medicamente sau a unei simple stimulări electrice, circulaţia extracorporală fiind atunci întreruptă. Operaţia durează în jur de patru ore.

Care sunt urmările?

Operatul rămâne una-două zile la reanimare. Primele ore, perioadă în care operatul rămâne intubat (un tub, racordat la un aparat de respirat, este introdus până în trahee), pot să fie dificile.

Prin ziua a patra, pacientul începe să meargă, în total, operatul rămâne trei săptămâni în spital. Uneori, la sfârşitul şederii, pacientul părăseşte serviciul chirurgie pentru a rămâne sub observaţie într-un serviciu cardiologie.

Unii bolnavi merg după aceea, pentru petrecerea convalescenţei, la un centru de readaptare cardiovasculară.

---------- **NOUTATE ! ----------**

La sfârşitul anului 1995, pentru prima dată în Europa, această operaţie a fost făcută prin toracoscopie (practicând numai trei incizii mici prin torace). Această tehnică, care a fost realizată asupra arterei coronare intcrventriculare anterioare, nu necesită nici circulaţie extracorporaln, nici oprirea inimii. Pontajul prin toracoscopie ar trebui să permitfl o mai bună recuperare şi o spitalizare mai scurtă. lui rămâne incA **o opmţic de** excepţie.

* După operafie, pacienţii mai iau unele medicamente: aspirină în *âom* miei sau antiqoagulantr, uneori vasodilatatoare coronariene»

* **O supraveghere** regulată este indispensabila, în special cu o profeî dfe «fort făcută **îa** «âteva luni după operaţie.

APARATUL URINAR

ADENOMUL PROSTATEI

Nevoi repetate şi urgente de a urina, mai ales cu accese nocturne, o dificultate de a urina obligând la un efort, cu un jet mai puţin puternic... Toate aceste simptome pot să ducă la consultarea medicului. Deseori se fac examene suplimentare (analiza sângelui, ecografic, debitmetrie, *analiza* urinei...).

Vârsta este primul factor care favorizează apariţia unui adenom al prostatei (numit şi hipertrofie benignă a prostatei). Atâta vreme cât jena nu este foarte importantă, poate să fie de ajuns un simplu tratament medicamentos. Dacă însă, în ciuda medicamentelor, simptomele sunt considerate prea stingheritoare de către pacient, se poate propune soluţia chirurgicală, în funcţie de activitatea, de munca, de confortul fiecăruia, operaţia poate fi mai mult sau mai puţin indicată, în alte cazuri — în împrejurări bine precizate, adică din motive medicale —, intervenţia este necesară

Când trebuie neapărat să ne operăm?

Când hipertrofia prostatei este la originea unor complicaţii şi există patologie asociulA o ilislcnsie a vezicii, calculi urinari, diverticule pe peretele ve/.icii, infecţii lomlc lopetHte sau o repercusiune asupra rinichilor. Când

obstrucţia la scurgerea urinei devine prea importantă, ea poate să jeneze funcţionarea rinichilor.

Ce Intervenţii se pot propune?

Incizia colului vezicii

Se recurge la ea în cazuri rare. E vorba de o operaţie relativ simplă care nu necesită în general decât o spitalizare foarte scurtă. Operaţia se face prin cflilc naturale, adică prin ureter. Ea este indicată atunci când prostata este încă de dimensiuni mici. Inconvenientul ei major: nu permite nici o prelevare din prostată, deci nu se poate face analiza în laborator a ţesutului prostatic bolnav.

Uc/ccţia transuretrală

l iste o tehnică foarte des folosită. Ea se face tot pe căile naturale, nelăsând dci i nici o cicatrice. Chirurgul introduce prin ureter un aparat fin — rezector i «re taie „în aşchii" adenomul. Operaţia durează în jur de o oră. Ea se l wc ntflta vreme cât prostata nu e prea voluminoasă. Dacă în cadrul urmărilor (iponitorii nu se înregistrează nici un incident, pacientul rămâne în spital Irci-putru /.ile.

Chirurgia cu incizie abdominală

Această tehnică este în principiu rezervată prostatelor prea mari pentru u putea fi în mod corect extirpate în cursul unei rezecţii transuretrale. Pacientul i amâne în spital aproximativ o săptămână.

Cure ar fi principala complicaţie?

O hemoragie — din fericire rară — în timpul operaţiei sau în orele urmfltoure. Asta poate să ducă la o transfuzie (sau autotransfuzie) Dintre celelalte complicaţii, incontinenţa este foarte rară.

(V repercusiuni ar putea avea asupra sexualităţii masculine?

Mjncularca retrogradă este destul de frecventă: ejacularea se face în '" N0% din ca/.un, indiferent de tehnica operatorie folosită, cu excepţia

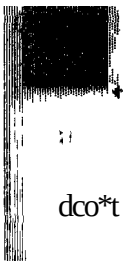
incizării colului vezicii, împrejurare în care acest fenomen nu se observă decât în 20-30% din cazuri. Pe de altă parte, nu există în principiu nici un motiv organic pentru a se ajunge la pierderea erecţiei.

Cum putem fi siguri că nu e vorba de cancer?

înainte de a interveni, chirurgul caută, printr-o serie de examene, prezenţa unui eventual cancer (pipăit rectal, ecografic, analiza sângelui şi, la cea mai mică bănuială, biopsie).

---------- **NOUTATE**

Actualmente se studiază multe alte mijloace pentru tratarea adenomului de prostată. Dintre acestea, folosirea laserului pare interesantă. Intervenţia cu acest instrument se face pe calea naturală (ureter). Avantajul ei major ar fi diminuarea sângerării (principala problemă a rezecţiei clasice). Alt avantaj ar fi că provoacă mai rar o ejaculare retrogradă. In fine, dacă această operaţie se dovedeşte fiabilă, ea va permite un timp de spitalizare mai scurt, în schimb, prin această metodă nu se poate analiza în laborator ţesutul prostatic bolnav, în acest moment, această tehnică este în curs de evoluţie, adică se fac cercetări intense pentru a i se cunoaşte mai bine avantajele şi inconvenientele.



som de prost.

dco*t iii doua procese p

INCONTINENTA URINARA

Se consideră incontinenţă urinară atunci când episoadele de pierdere Mvoluntară de urină sunt în aşa măsură încât au consecinţe „sociale şi nieiuce", precizează definiţia medicală internaţională. Cu alte cuvinte, a-ţi icrtpa câteva picături cu ocazia unor hohote de râs poate fi considerat normal, n schimb, scurgeri survenite cu ocazia unor eforturi, nevoi imperioase mposibil de reţinut, simple schimbări de poziţie, şi care necesită purtarea mei protecţii, merită să ne trimită la medic.

l)in păcate, acest subiect rămâne încă tabu, pentru că numai 50% dintre MU ien|i vorbesc despre asta spontan medicului lor. Totuşi soluţii există. ncepând cu o reeducare care dă rezultate bune, mai ales la femeile tinere cu »Incontinenţii urmară uşoară. Dacă, de exemplu, incontinenţa nu apare decât n cursul unor eforturi importante, kineziterapia este în general soluţia cea i mi potrivită. 10-15 şedinţe vor fi de ajuns pentru a constata eficacitatea. 11 n'ori sunt propuse şi medicamente, dar nu dau totdeauna deplină satisfacţie.

în Franţa există peste două milioane de femei care suferă de această Mohlcmă, dintre care 500 000 de mii în mod grav!

Când ne operăm?

l)cci/ia depinde de medic, dar şi de pacient, care se consideră mai mult nu nuii puţin jenat în viaţa de fiecare zi. Operaţia poate să fie propusă în n/ul eşecului celorlalte tratamente sau dacă caracterul acestor scurgeri hu'lon declanşatori, frecvenţă...) pare major. Soluţia chirurgicală pare cu Irtl mai indicată cu cât pacientul suferă de ptoză vezicală sau uterină (căderea c/ici i sau u uterului).

Nicolas Evrard

:X>CXDOOOOOC

înainte de a opera, urologul examinează pacienta şi cere uneori investigaţii suplimentare. Un examen urodinamic permite ca în câteva minute — cu ajutorul unei microsonde legată la receptori electronici — să se măsoare presiunea din interiorul vezicii şi a uretrei în diferite împrejurări (umplere vezicală, efort de reţinere). Examenele radiologice sunt rare.

Cum se derulează operaţia?

în funcţie de specificitatea problemei, se pot face diferite operaţii. Unele au drept obiectiv întărirea suporţilor uretrei (canalul pe care iese urina). Operaţia cea mai des practicată — şi care durează înjur de o oră — constă în a reîntinde ceea ce susţine colul (partea de jos) a vezicii şi a uretrei. Această operaţie poate să se facă în mod „clasic", făcând o incizie discretă în partea de jos a abdomenului, sau pe căile naturale. Unii chirurgi practică această operaţie prin celiochirurgie (se fac incizii mici în peretele abdominal prin care se introduc instrumente fine şi sonde, dintre care una este prevăzută cu un aparat optic).

Alte tehnici chirurgicale sunt mai rar indicate. Ele urmăresc întărirea sfincterului (inel muscular), şi uneori chiar înlocuirea lui. O soluţie — mai rară — este injectarea unei substanţe (teflon, colagen, silicon sau grăsime) sub mucoasa uretrală pentru a întări funcţionarea controlului urinei. Chirurgul poate să plaseze şi un sfincter artificial. E vorba de o mică proteză internă formată dintr-un manşon de silicon implantat în jurul uretrei şi legat la un rezervor abdominal prin intermediul unei pompe plasate sub piele. Mânuirea de către pacient a acestei pompe permite urinarea după dorinţă. Această operaţie, care durează două ore, se face în general în ultimă instanţă (în special în caz de incontinenţă deja operată şi care recidivează).

Toate aceste operaţiuni pot să fie realizate sub anestezie generală sau peridurală.

Care sunt urmările şi rezultatele?

Un cateter peridurul poate să fie menţinut timp de două-trei zile după operaţie pentru injectare »lc analgezice şi evitarea durerilor postoperatorii. Eventualele complicaţii (MUC) suni în general cele ale oricărei intervenţii

chirurgicale şi ale oricărei anestezii (infecţie, flebită...). în total, spitalizarea îl urează 3-8 zile, în funcţie de intervenţie, de starea de sănătate a pacientului ctc. Apoi, timp de două luni, pacientul va trebui să evite eforturile mari şi în special să ducă obiecte grele.

în 80% din cazuri, operaţii se declară mulţumiţi. Nu mai pierd urină sau, în orice caz, ameliorarea se consideră satisfăcătoare, putând să ducă o viaţă mult mai confortabilă. In caz de eşec, după un nou examen, se pot propune şedinţe de kineziterapie sau o a doua intervenţie chirurgicală.

acen^â

* Uaţjena lao'ptrteî'Wcă aveţi problemă, *nu* c/.ituţi să-i spuneţi medicului.

* **Azi soluţiile** sunt numeroase şi opcraţute mai fiabile ca altădată.

GREFA RINICHIULUI

în Franţa se fac anual înjur de 1700 de grefe ale rinichiului. Această intervenţie chirurgicală, devenită azi aproape banală, dă rezultate din ce în ce mai satisfăcătoare şi schimbă viaţa celor care o fac.

Cui se propune transplantul

Pacienţilor ai căror rinichi nu mai funcţionează. Cu alte cuvinte, persoanelor care suferă de insuficienţă renală terminală. Rinichii pot fi distruşi de o maladie, precum polichistoza renală bilaterală. Dar funcţionarea lor poate să fie alterată din multe alte cauze (hipertensiune arterială severă, medicamente...). Rinichii nemaireuşind să lucreze normal (nu mai există epurarea sanguină, nu mai există concentrare urinară...), pacienţii au recurs, de câteva ori pe săptămână, la şedinţe de dializă (rinichi artificial, dializă peritoneală). Singura soluţie pentru a scăpa de şedinţele de dializă este grefa renală.

Ce criterii medicale o interzic?

Vasele de o calitate foarte proastă fac uneori operaţia imposibilă. Chirurgul nu va reuşi să implanteze arterele şi venele noului rinichi (grefonul) pe arterele şi venele bolnavului. Altă problemă majoră: pacientul are o vezică mică. în caz de fibroză retractilă, operaţia poate să fie contraindicată. Celelalte criterii depind de starea generală a pacientului.

Cum e programată grefa?

Intervenţia nu poutc să fie programată dinainte, căci pentru asta trebuie să existe un rinichi disponibil, în marca majoritate a cazurilor, organul care

»

u fi grefat este prelevat de la o persoană în stare de moarte cerebrală (în rma unui traumatism fatal, a unui accident de circulaţie, de exemplu). Asupra donatorului se fac diferite examene biologice (test HIV, controlul ompatibilităţii...) Pacientul este contactat de urgenţă. Operaţia poate să se ucA oricând, ziua sau noaptea.

Cum se derulează operaţia şi care sunt urmările?

()peraţia durează înjur de două ore şi jumătate-trei. Grefonul este plasat n nlnlomcn, în general în fosa iliacă dreaptă, adică la dreapta şi în partea de i >s n ombilicului. De cele mai multe ori, cei doi rinichi (care nu mai funcţio-irn/A) sunt lăsaţi la locul lor.

()pcratul rămâne la serviciul de urologie timp de o săptămână. Echipa Iiiiurgicală asigură primele îngrijiri medicale postoperatorii. Ea verifică imu-rea în funcţiune a rinichiului grefat. Pentru aprecierea eficacităţii sale U-IMIIC sfi se aştepte 48 de ore. Aşteptând ca acesta să funcţioneze din plin, . ni putea să apară necesitatea a una-două dialize. Operatul rămâne spitalizat ici putui săptămâni la serviciul de nefrologie. Medicii vor supraveghea num l uncjionare a rinichiului şi vor preveni riscurile respingerii cu ajutorul iiftlii iiiDciilolor.

('arc sunt riscurile?

C'clc inerente oricărei intervenţii chirurgicale (infecţii, flebită...), precum fi probleme mai specifice: proastă vascularizare a grefonului, fenomenul de •espingere, cicatrizarea dificilă favorizată de medicamentele de antirespingere Mc.

în caz de succes — ceea ce se întâmplă frecvent —, avantajele acestei operaţii sunt enorme, persoanele respective devenind mult mai independente.

*** l)upfl cinci ani de la operaţie» cam 80% dintre operaţi li .^it-sc cu rinichiul lor grefat care este perfect funcţional.**

*** în c*/ de eşec, dacă. grefa n-a „prins", pacientul trebuie Mrt prevadă noi şedinţe de dializa, în general, se are în \ c d ere o ii don» Icillalivit di transplantare.**

CANCERUL PROSTATEI

Această tumoare e posibil să apară în special de pe la cincizeci de ani. Analiza histologică în laborator a unor fragmente de prostată constituie singurul mijloc pentru stabilirea în mod categoric a diagnosticului, în general, acest examen histologic se face în două împrejurări.

* Primul caz.

O biopsie se poate face după un examen medical (cu o pipăire rectală) şi una-două explorări (ecografic, analiza sângelui pentru PSA — *prostatic specific antigene).* Se fac mai multe prelevări la nivelul prostatei care apoi sunt analizate în laborator, în general, acest examen biopsie nu este foarte dureros.

* Al doilea caz.

Cancerul poate să fie descoperit după o operaţie de adenom al prostatei. Problema pare la început benignă; totuşi studiul în laborator al prostatei scoase descoperă prezenţa celulelor canceroase.

În afară de analiza histologică, deseori se fac câteva explorări complementare. Ele permit, îndeosebi, informarea asupra întinderii cancerului. Se pot propune diferite soluţii în funcţie de stadiul de evoluţie al bolii, de vârsta pacientului, de starea sa generală de sănătate, dar şi de experienţa echipei de medici.

Când se scoate prostata?

Această intervenţie chirurgicală este deseori indicată când tumoarea e locali/ată în interiorul prostatei; când pacientul are mai puţin de şaptezeci de ani (după aceastA vAnttA. cancerul se dezvoltă mai încet şi alte tratamente

duu rezultate bine); în fine, starea generală de sănătate a pacientului trebuie sa fie bună.

îndepărtarea totală a prostatei este o operaţie mai lungă şi mai complexă decât cea practicată pentru un simplu adenom. Ea nu poate să fie făcută decât sub anestezie generală. După ce a făcut o incizie mediană sub ombilic, chirurgul scoate toată prostata, veziculele semionale şi ganglionii limfatici. în timpul operaţiei, care durează două până la trei ore şi jumătate, pacientul poate să piardă destul de mult sânge pentru a se face o transfuzie (sau o autotransfuzie).

După operaţie, o sondă urinară este păstrată înjur de douăsprezece /iIc. După retragerea sondei, e posibil să apară momente de incontinenţă. Dar, foarte repede, ele vor deveni foarte rare sau vor dispărea. Deseori, la re/.olvarea acestei probleme, sunt folositoare câteva şedinţe de reeducare perineală. O ultimă precizare pe care e important s-o cunoaştem înainte de u operaţie: actul chirurgical obligând foarte adesea la secţionarea nervilor 4 ri, pacientul va deveni impotent, în total, spitalizarea va dura două '

Mai lArziu, o supraveghere regulată va fi de ajuns, în alte cazuri e posibil NA lie necesare terapii complementare (radioterapie, hormonoterapie...).

Care sunt celelalte operaţii?

Iile sunt în general realizate când operaţia precedentă nu este indicată. Iile au de altfel obiective diferite.

Asupra testiculelor

c 'hirurgul face o orhidectomie sau o pulpectomie testiculară. Este vorba de scoalerca testiculelor sau numai a unei părţi din ele (cea care secretă testosteronul, hormonul masculin). Finalitatea acestei operaţii este oprirea dc/voltării cancerului. Această tumoare este hormonodependentă, ceea ce înseamnă că creşterea tumorală se află sub influenţa testosteronului. Suprimând elementul producător de testosteron, se frânează dezvoltarea tumorală. ()pera|iu este scurtă (mai puţin de o jumătate de oră). Acest act chirurgical

Nicolas Evrard

poate să fie asociat cu o operaţie de rezecţie a prostatei, care va scoate o parte din prostata bolnavă pentru a o împiedica să astupe un canal urinar.

Asupra căilor urinare

Se întâmplă ca tumoarea să jeneze scurgerea normală a urinei. Problema apărând în general la nivelul uretrei, operaţia se face pe căile naturale (rezecţie transuretrală). Operaţia durează mai puţin de o oră.

Chirurgia nu e singura soluţie. Radioterapia dă şi ea rezultate bune. Se pot prescrie şi medicamente, precum antiandrogenele, pentru împiedicarea efectului hormonilor masculini asupra evoluţiei cancerului. Aceste diferite tratamente pot să fie mai mult sau mai puţin asociate.

*** In c&ede biopsie, chirurgul efectuează mai multe prelevi de fragmente diii prostată, care după aceea ^or li analizate. < câteva ore înainte de examen» trebuie **â* se ia antibiotice, general, fiecare dintre aceste prelevaţi p. • oaeă local o senzajf trecătoare de înţepătură.**

+ După şaptezeci de ani, această tumoare tinde să se dexvol| icnt. Operaţia care constă în scoaterea întregii prostate este mâj rar propusă. Deseori sunt preferate alte soluţii.

CANCERUL VEZICII

în cazul apariţiei sângelui în urină, este important să se meargă la medic. Poate să fie vorba de diferite diagnostice (calcul urinar, polip...). Poate de asemenea să fie vorba de cancer la vezică. Acest cancer, care îi afectează în Hcncral pe bărbaţi, are şanse mai bune de vindecare când e tratat din vreme.

înainte de orice, este obligatorie o cistoscopie. Acest examen permite sfl se vadă în interiorul vezicii. O mică sondă prevăzută cu un aparat optic (numit fibro-cistoscop), pătrunzând pe căile naturale (uretră), ajunge până tn ve/icft pentru a identifica eventualele anomalii. Principalul tratament <•*!<• intervenţia chirurgicală. Pot fi propuse diferite operaţii în funcţie de importanţa cancerului şi de starea generală de sănătate a pacientului (vârstă, «Iţe maladii asociate).

Când se operează pe căile naturale?

Aceasta se face cu ajutorul unui instrument foarte fin (un „rezector"), care permite scoaterea în totalitate a tumorii, dacă e mică, sau numai o parte a ci dacă e mai mare. Această rezecţie transuretrală se face sub anestezic generală sau pcridurală. Pacientul rămâne în spital două-trei zile. Analiza in laborator a tumorii scoase permite confirmarea diagnosticului şi o mai IninA cunoaştere a întinderii cancerului. Dacă acesta este destul de mic (supetficial), chirurgul a scos totul cu ocazia rezecţiei.

Tratamentul ia sfârşit aici! Acesta este cazul cel mai frecvent.

l)ar atcnfic! Mai târziu, pacientul va trebui să fie urmărit în mod regulai, **clei** recidivele sunt frecvente, în marea majoritate a cazurilor, aceasta recidiva este încă o dată superficială şi o nouă rezecţie va fi de ajuns.

Nicolas Evrard

Cealaltă eventualitate descoperită prin examenul de laborator este o tumoare mai mare. Atunci se poate avea în vedere scoaterea întregii vezici... şi „reconstruirea" uneia noi. Această intervenţie se hotărăşte în funcţie de rezultatele altor explorări (urografie intravenoasă, tomografie, scintigrafie osoasă).

Cum se face înlocuirea vezicii?

Această operaţie nu poate să fie realizată decât la bărbaţi. Scoţând vezica, la femeie este imposibil să se păstreze sfincterul care permite o bună continenţă, adică controlul urinei.

E vorba de o intervenţie lungă şi destul de complexă. Chirurgul începe prin a scoate ganglionii, apoi vezica, prostata (şi mici organe anexe precum glandele semionale). A doua fază a operaţiei constă în reconstruirea unei vezici. Pentru asta, chirurgul prelevă o parte din intestin. Cu această porţiune de tub digestiv, chirurgul construieşte o pungă — care va fi noua vezică — pe care vor fi fixate cele două uretere (canale care vin de la cei doi rinichi) şi uretra (canalul care evacuează urina spre exterior).

Pentru a ajunge la acest rezultat, sunt posibile diferite tehnici, în funcţie de cea care este aleasă, intervenţia durează cinci până la şapte ore. Pacientul îşi reia treptat alimentarea la şase zile după operaţie, în total, spitalizarea durează înjur de trei săptămâni.

Timp de câteva luni, urina are un aspect tulbure, murdar. Asta se datorează secreţiilor mucoasei digestive provenind de la noua vezică, în general, pacientul controlează bine urina ziua. Noaptea este uneori jenat de scăpări, de incontinenţe. Uneori sunt necesare şedinţe de reeducare. Pacientul se mai poate plânge de diaree din cauza rezecţiei unei părţi a intestinului.

Ce este o derivaţie urinară?

Scurgerea urinei se va face printr-un orificiu care se deschide în peretele abdomenului. Accast.1 soluţie este în general propusă atunci când reconstruirea unei vc/ici cslr imposibilă. Şi în acest caz chirurgul dispune de mai multe tehnici.

»

* Prima constă în secţionarea unei părţi de intestin şi în folosirea ei ca un canal. La un capăt al acestui segment sunt fixate cele două uretere care vin de la rinichi, celălalt capăt fiind fixat la orificiul deschis în peretele abdominal. Urina se va scurge într-o pungă lipită de piele care va fi înlocuită periodic.

* A doua operaţie constă în construirea unui rezervor, o „nouă vezică", pornind de la porţiunea de intestin. Acest rezervor comunică direct cu peretele cutanat al abdomenului. „Branşarea" la piele (în general la ombilic) se face cu un sistem antireflux pentru evitarea unei scurgeri continue a urinei. Chirurgul confecţionează o valvă antiretur. Această operaţie permite pacientului să-şi golească în mod regulat „vezica" printr-o sondă pe care o introduce în valva antireflux. Avantajul îl constituie controlul urinei şi deci absenţa pungii lipite de piele.

* Ultima tehnică fixează de piele fiecare dintre cele două uretre care vini de la rinichi direct. Sunt necesare deci două pungi pentru colectarea urinei eliminate de fiecare rinichi. Această operaţie este făcută destul de rar. ' '

Indiferent de tehnica folosită, în majoritatea cazurilor, chirurgul care Hrclucu/t) această deviaţie scoate vezica bolnavă.

Intervenţia chirurgicală reprezintă tratamentul principal al cancerului In ve/ică. Totuşi, uneori se realizează o radioterapie sau o chimioterapie.

* **Câ.i '• -'î ixeritl este** >.s - .,< » i r* M ;-

ij<st'le d t. vt.ld-' a;* , > ,,\'V'> - ' p-ii

* ChJaʳ v.i î ţ

'< u .••a¹' • • i«B§Kb~ ; > ' • s.?»v .«11,

GINECOLOGIE

FIBROM UTERIN

Această tumoare benignă care se naşte din peretele uterului poate să aibă diferite localizări şi poate să fie mai mult sau mai puţin voluminoasă atunci când e identificată cu *ocazia* stabilirii diagnosticului. Ea este uneori esenţialmente dezvoltată în interiorul cavităţii uterului, uneori chiar în grosimea peretelui, sau spre exteriorul peretelui uterin.

Fibromul este extrem de frecvent şi, de cele mai multe ori, nu provoacă nici o altă tulburare deosebită. O femeie din trei face fibrom. Simptomul cel mai frecvent este sângerarea. Ea survine în general înainte de menopauză au la unele femei la menopauză care fac un tratament hormonal substitutiv. ângerarea provoacă anemie şi, deci, foarte des o mare oboseală. Fibromul tlerin poate să provoace dureri pelviene, apăsări şi uneori poate să comprime organele situate în apropierea uterului (rectul, vezica...).

Când ne operant?

Tratamentul nu e indicat decât dacă fibromul se află la originea simptomclor. Prima solii)ic constă în general în prescrierea de medicamente (progesteron). Dacfl nu se i'bservă nici o ameliorare, atunci se are în vedere " intervenţie chirurgicali

în cazuri rare, intervenţia are un caracter de urgenţă. O durere puternică poate să fie provocată de torsiunea fibromului sau de o necroză.

Ce intervenţii pot fi propuse?

Indiferent de tehnica chirurgicală aleasă, cu două luni înainte de operaţie se prescrie în general un tratament. Medicamentul — injectabil — diminuca/ă volumul fibromului şi vascularizarea sa (vasele care irigă tumoarea vor fi mai puţine), ceea ce facilitează operaţia şi poate permite chirurgului sfl ulcagâ tehnica operatorie cel mai puţin traumatizantă.

Pe căile naturale

în termeni medicali, se vorbeşte de histeroscopie operatorie — azi operaţia cea mai des practicată. Ea necesită o anestezie generală de scurtă durată sau o anestezie peridurală. Chirurgul introduce un aparat optic fin pir va/.ut cu o cameră video până în cavitatea uterină şi, cu un rezector, Ncoalc fibromul Unii chirurgi folosesc un rezector laser, în practică, histeroscopia este indicată dacă tumoarea (mai mică de 5 cm) s-a dezvoltat tn interiorul cavităţii uterului sau dacă această tumoare situată în grosimea peretelui se întinde spre această cavitate, în total, spitalizarea durează dotift-trci /ilc.

în ')()% din cazuri, după operaţie rezultatele sunt bune (pacienta nu mai sflngcreu/ă). în celelalte cazuri (eşec), se va avea în vedere o a doua intervenţie cu ablafia uterului.

Prin celioscopie

< 'liirurgul face trei incizii mici în partea de jos a abdomenului prin care inltodiicc nişte instrumente fine, printre care o sondă optică prevăzută cu un Hislem de luminat. Această tehnică operatorie este aleasă în special atunci cfliul fibromul s-a dezvoltat spre exteriorul uterului. Operaţia se face sub tiieskv.ic generală. Durata de spitalizare este aceeaşi ca în cazul operaţiei precedente.

Cu incizie abdominală

Această tehnică este indicată când fibromul e situat chiar în grosimea peretelui uterului $i histerectomia (ablaţia uterului) se dovedeşte necesară.

Nicolas Evrard

în general, chirurgul face o incizie orizontală la limita superioară a părului pubian (cicatricea va fi de cele mai multe ori discretă). Spitalizarea durează înjur de opt zile.

Histerectomia poate să se facă şi prin căile naturale (pe cale vaginală), fără incizie abdominală (spitalizarea e de aproximativ opt zile), în alte cazuri, pe căile naturale şi prin celioscopie.

Alegerea tehnicii operatorii depinde de caracteristicile fibromului şi de experienţa chirurgului, în caz de ablaţie a uterului, există riscuri hemoragice în timpul operaţiei. Asta poate să necesite o transfuzie sau o autotransfuzie în timpul intervenţiei sau imediat după aceea.

Când se face simultan ablaţia ovarelor?

Azi, această soluţie este mai puţin frecventă decât altădată. Ea se are în vedere dacă există o patologie ovariană asociată (chist) la o femeie aflată la menopauză. Uneori, o ovariectomie este făcută prin celioscopie (trei incizii mici) cu o histerescopie operatorie (pe căi naturale). Intervenţia nu lasă practic nici o cicatrice şi spitalizarea durează două-trei zile.

IMPORTANT

*** Este orbă de o problemă frecventă şi benignă. Tra mental nu se are în vedere decât dacă fibromul se află la orjgir unor «^îfe$tăd deosebite (sângeraţi).**

*** Poafce jwia derularea unei sarcini normale.**

CHISTUL OVARULUI

Poate să crească în abdomen fără să provoace tulburări deosebite. Totuşi, uneori există semne care trebuie să atragă atenţia: un abdomen mai mare, iluvcri sau ciclu perturbat la femeile neajunse la menopauză.

C *'are sunt examenele cele mai frecvente?*

\ l ncori, o simplă radiografie a abdomenului poate să dezvăluie prezenţa unui chist. Dar examenul cheie este ecografia. Şi mai exact ecografia ft (cu o sondă plasată în vagin), care permite să se constate şi aspectul chistului. Datorită noilor aparate disponibile, azi este l l ii l sfl se nnali/cze vascularizarea chistului (prin ecografic Doppler). să se cfcctuc/c un studiu volumetric al chistului în trei dimensiuni, deci să se cunoască mai bine natura sa.

Operaţia e obligatorie?

Nu. Ea depinde de natura chistului. Când acesta este pur omogen şi lichid ian (ceea ce corespunde cel mai adesea unei proaste funcţionări a ovarului — se spune că chistul e „funcţional"), medicul prescrie hormoni pentru blocarea anumitor proprietăţi ale ovarului. Chistul poate în acest ca/ sft dispară în trei luni. Operaţia este inutilă.

în schimb, dacă în ciuda tratamentului hormonal acest chist nu dă înapoi este deci „organic" —, operaţia este indispensabilă. Ea mai este necesari $i alunei când chistul este solid sau mixt (lichid şi solid), caz în care ai putea sfl fie canceros.

Cum se practică o chirurgie „fără cicatrice"?

l)acfl chirurgul este sigur că chistul nu e canceros, după ce s-a convins (pnnii-o ,uuli/A u sângelui) că semnele cancerului ovurian sunt absente,

operaţia se poate face prin celioscopie. Operaţia constă în efectuarea a trei-patru incizii mici pe pântece prin care se introduc instrumentele chirurgicale, precum şi o sondă optică prevăzută cu un sistem de luminat pentru a vedea interiorul cavităţii abdominale. Această intervenţie chirurgicală nu lasă practic nici o cicatrice. Dacă operaţia şi urmările ei nu pun nici o problemă deosebită, spitalizarea durează două-trei zile.

Când trebuie să se opereze în mod „clasic"?

Dacă există cea mai mică suspiciune de chist canceros, operaţia se va face în mod convenţional, cu o incizie de câţiva centimetri în partea de jos a abdomenului. Spitalizarea este mai lungă decât în cazul precedent.

Supravegherea de după operaţie

Chiar dacă a fost vorba de un chist benign, în luna următoare trebuie să se facă o ecografic de control (pe cale vaginală). E posibil ca alt chist să se dezvolte pe acelaşi ovar sau pe ovarul opus.

Care sunt riscurile dacă chistul ovarian nu e tratat?

Se poate produce o torsiune a chistului (mai ales când a devenit voluminos), sau o ruptură brutală. Atunci se manifestă o durere violentă, t;hiar o pierdere de cunoştinţă, cu stare de şoc. In acest caz, operaţia trebuie să se facă în regim de urgenţă. Alt pericol: chistul, eventual canceros, se do/voltă rapid în cavitatea abdominală.

* Multe ihistarise pot trata cu medicamente.

* Este o problemă tare au trebuie niciodată neglijată. C aci >• Cioate ajunjţc hi o torsiune sau îa o ruptură îi chistuîui, caz în i-iiiT.seajungi l» •>•• 'mie.

* în uncii* (.)/< Miii-ix-njia chirurgicală permite operarea < hislullii cu pihti i (M jir ului

CANCERUL SÂNULUI

Pentru a stabili cu certitudine diagnosticul, sunt necesare câteva examene (iiînmografie, ecografie); unul dintre ele — biopsia — este indispensabil. Numai prin analiza la microscop a unui fragment din glanda mamară suspectă ilr tumoare se poate obţine răspunsul definitiv. In termeni medicali, se vor-bc$(c de examen citologic sau histologic.

Posibilităţile actuale permit efectuarea acestei prelevări fără intervenţie ehli ui^icala. r, destul un ac — uneori de concepţie foarte sofisticată. Această pi i l' v, .iu- poate să fie dureroasă. In funcţie de importanţa prelevării, uneori d i " ' i-snrA o anestezie locală.

l posibil ca un act chirurgical să fie propus pentru stabilirea diagnosticului. Asta se preconizează, de exemplu, când regiunea suspectă este mică yi nu se poate face o prelevare cu un ac, sau când zona de explorat a fost locali/aţă printr-o mamografie (radiografia sânului) şi nu se poate palpa (linul prea mică).

In ce cazuri tratamentul începe cu o operaţie?

Această soluţie este destul de frecventă. Poate să fie vorba de o exereză (ablaţiune) a întregii glande mamare şi a ganglionilor, în alte cazuri, operaţia CNlc mai limitată: când există o singură tumoare mai mică de trei centimetri, efliul c departe de mamelon, fără semne inflamatorii, iar ganglionii nu par alccluţi. în acest caz, chirurgul scoate tumoarea şi uneori ganglionii de la subsuoară. Se vorbeşte astfel de tratament de conservare (scoaterea tumori i ţi pnslnircu sânului), în afară de chirurgie, deseori sunt indicate tratamente complementare: radioterapie, chimioterapie sau hormonoterapie. Dar pentru

unele cancere „foarte mici", numai intervenţia chirurgicală poate să fie suficientă.

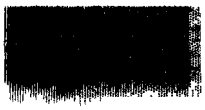
Mai trebuie spus că unii medici, în loc de o intervenţie chirurgicală, preferă să înceapă cu o chimioterapie. Foarte des, aceasta permite diminuarea volumului tumorii iniţiale. Apoi, se prescriu în general alte tratamente: o operaţie sau radioterapie. Când operaţia se face asupra unui cancer devenit mult mai mic, tratamentul poate să fie de conservare.

Când e necesară exereza totală a glandei mamare?

* Când intervenţia chirurgicală este propusă de la început şi tumoarea este voluminoasă.
* Când în sân există mai multe focare tumorale.
* Când tumoarea este întinsă în canalele de excreţie (galactoforice) ale glandei mamare.
* Când tumoarea nu reacţionează la radioterapie, nici la chimioterapie.
* Când există local o recidivă după o operaţie de conservare.

Care sunt urmările?

Complicaţiile operatorii sunt rare. Poate să fie vorba de un hematom sau de un abces (infecţie) în regiunea mamară, sau de un limfocel (acumulare de lichid limfatic) dacă chirurgul a scos ganglionii. Edemul braţului apare mult mai rar decât altădată. După terminarea ansamblului tratamentului, o supraveghere regulată este primordială. Ea poate să fie lungă şi să dureze mai mult de zece ani. Frecvenţa consultaţiilor şi examenelor va depinde de mărimea tumorii iniţiale.



* Bap% operaţie, contra.-

(de două ori pt **an,** îa începu

* AetJt'^a supi ni-ghcs'" - .u*.- tu < -u ,. ,!ieul car* **v** j **initat,prin i>mit"** (inicvţ<f«;;irm-i'*-<t >. « **ᵛi« are (raa mo-rt'"fii, <**

APARATUL DIGESTIV

APENDICITA

HH corespunde inflamării apendicelui — rămăşiţă de ţesut limfoid (care i *i* vine în sistemul de apărare imunitar) — agăţat de intestinul gros, mai t în partea de jos a colonului drept. Poziţia lui poate să varieze de la o
l t mnfl la alta (foarte aproape de vezica biliară, în apropierea ovarului drept In unele temei...). Simptomele cele mai obişnuite ale unei crize de apendicită sunt: durere abdominală, stare de greaţă, vomă, constipaţie şi febră.

Cum ştim dacă e vorba de urgentă?

Trei criterii sunt determinante: o febră mai mare de 38 de grade Celsius, un număr de globule albe mai mare de 10 000/mm^3 (constatate în urma nnnl i/ci sângelui), o „întărire" abdominală atunci când se apasă pe abdomen în regiunea apendicelui. Dacă aceşti trei parametri sunt prezenţi, atunci există un risc mare de complicaţii şi operaţia nu mai poate fi pusă la îndoială. Dar ducă sunt absenţi, nu e cazul să se opereze. Pentru chirurg, dificultatea se situcu/ă între aceste două extreme.

Toţi medicii se tem că, lăsând să evolueze o apendicită, se ajunge la formarea unui abces, chiar la apariţia unei peritonite. Cu alte cuvinte, o maladie benignfl poate să devină o maladie potenţial grava",

Nicolas Evrard

Care sunt diferitele tehnici de operare şi urmările?

Intervenţia „clasică"

Chirurgul face o mică incizie în partea de jos şi în dreapta abdomenului, în locul în care se presupune că se află apendicele.

în general, această operaţie nu lasă decât o mică cicatrice (de câţiva milimetri). In caz de apendicită ectopică, adică situată într-un loc „neprevăzut" (lângă vezica biliară, în spatele colonului...), sau în caz de apendicită gravă, chirurgul trebuie uneori să mărească *incizia* cu câţiva centimetri.

Dacă nu apare nici un incident postoperator, pacientul va sta apoi în spital cam patru zile.

Intervenţia prin laparoscopie

Această tehnică — azi foarte răspândită — constă în efectuarea a trei-patru orificii mici prin care se introduc diferite instrumente, printre care o sondă optică mică.

Datorită acestor sonde optice, chirurgul poate să examineze o mare parte a abdomenului şi eventual să „cureţe" peritoneul în care s-ar găsi puţin puroi. Această tehnică pare deci indicată mai ales pentru apendicitele cu complicaţii.

Dacă operaţia se face în condiţii bune, spitalizarea poate să fie foarte scurtă: în cel mai bun caz, pacientul poate să plece acasă chiar de a doua zi. Cicatricele vor fi foarte mici.

Alegerea dintre aceste două tehnici depinde de fiecare pacient, de caracteristicile crizei de apendicită de care suferă şi de experienţa chirurgului.

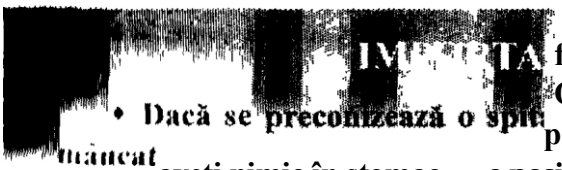
Trebuie să ne operăm preventiv, de exemplu, înainte de o lungă călătorie?

Nu! Chiar dacfl o persoană are de gând să traverseze. Polul Nord cu sunia şi, actualmente, nu are nici o tulburare digestivă specifică, este inutil •â se treacfl prin m/lmi unui chiniif <'liiar dacă operaţia de apendicită a

devenit o operaţie de rutină, ea rămâne un act chirurgical, niciodată lipsit totul de riscuri (de exemplu o ocluzie provocată de o bridă datorată intervenţiei). Actul operator nu este niciodată un act de confort.

CAPCANA DURERII LA FEMEI

Durere în dreapta, în partea de jos a pântecelui, febră... nu e totdeauna uşor la femeie să pui cu certitudine un diagnostic. E vorba de o apendicită sau de o problemă ginecologică, precum salpingita acută? Examenul ecografic permite deseori orientarea diagnosticului. O intervenţie chirurgicală realizată prin laparoscopie constituie un mijloc excelent de diagnostic şi terapie. Chirurgul poate să „vadă" apendicele şi organele genitale şi, eventual, să intervină.



ilizare, evitaţi să beţi, sa
i, sau să luaţi pastile fără acceptul medicului. Operaţia pentru care trebuie să nu aveţi nimic în stomac — e posibil se hotărască foarte repede.

*** Nu există nici un inconvenient să trăieşti fără apendice.**

HERNIE INGHINALA

O umflătură apare în regiunea inghinală. Ea corespunde cu o parte din ansa intestinală (sau grăsime) care iese din abdomen. Regiunea inghinală este o regiune deosebit de vulnerabilă, prost compartimentată, pentru că e un loc de trecere al vaselor care vin de la abdomen spre picioare. Consecinţă: o ansă intestinală, dar şi alte porţiuni din organele conţinute în abdomen, riscă să pătrundă în acest pasaj şi să formeze o hernie. Precizare importantă: cultivarea musculaturii abdominale nu previne apariţia unei hernii inghinale. Căci regiunea fragilizată este o zonă fibroasă, nu musculară.

Dacă o persoană constată un început de hernie, a face exerciţii pentru întărirea muşchilor centurii abdominale constituie o acţiune care nu va avea nici un efect benefic.

Operaţia este foarte frecventă.

în ce constă operaţia?

Există diferite tehnici, ele putându-se împărţi în două grupe mari:

Cea mai clasică

Poartă numele de operaţia lui Shouldice. Ea constă în repararea şi apropierea elementelor musculare care s-au întins şi care au permis trecerea ansei intestinale. Chirurgul face o incizie de câţiva centimetri la nivelul regiunii inghinale. Operaţia se poate face sub anestezie generală, dar deseori se face sub aneste/ie locală (cuplată la un medicament cu efecte analgezice şi sedative).

Această primfl i-tupA urc unele avantaje. Chirurgul se poate convinge de soliditatea suturilor (în timpul operaţiei, el cere bolnavului, care e conştient,

»

•A tuşească), în fine, prin această operaţie cu anestezie locală, unele complicaţii postoperatorii — în special riscul apariţiei unei flebite — sunt mult nuii rare. Pentru că pacientul nu e obligat să stea în pat — poate fi operat dimineaţa şi să părăsească spitalul după-amiaza — eventualele probleme vasculare sunt practic inexistente, iar tratamentul postoperatoriu cu anticoagulante este deci inutil.

C'clioscopia

Kste al doilea tip de operaţie. După anestezierea generală a pacientului, chirurgul face trei incizii mici în pântece prin care introduce nişte instrumente line, printre care şi o sondă optică cu un sistem de iluminat pentru a vedea interiorul cavităţii abdominale. Chirurgul fixează apoi o „placă" în faţa găurii pentru a împiedica intrarea unei anse intestinale. Această placă este de cele mni multe ori din nylon.

Această operaţie este în general indicată în caz de recidivă a herniei sau w herniei bilaterale, la o persoană obeză sau care are o slăbiciune accentuată n peretelui abdominal. Totuşi, azi, unii chirurgi propun de la început această «olu|ie.

Care sunt urmările?

Dacă operaţia nu este făcută sub anestezie generală (cu sau fără celioscopic), pacientul rămâne în spital una până la trei zile. Apoi, este i n ui i l să stea ore întregi în pat sau pironit pe o canapea. Una dintre cele mai bune recomandări pe care le face chirurgul este ca pacientul să facă „ce poate si ce vrea!", mai ales dacă operaţia s-a făcut sub anestezie locală şi Chirurgul a putut să „testeze" soliditatea suturilor.

Trebuie să amintim că herniile bilaterale sunt frecvente. Astfel, după ce hernia inghinală a fost operată, o a doua apare în cealaltă parte în 10-15% din cazuri.

Care e riscul major în cazul în care nu ne operăm?

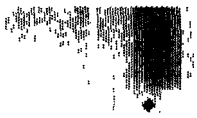
Ivste hernia strangulată: trecerea unei mici anse intestinale prin orificiu, care, upoi, se închide uşor. Semnele sunt concludente: durere locală,- greaţîi.

m

vomă. Atunci e vorba de o urgenţă chirurgicală, în acest caz, operaţia este puţin mai complicată. Partea „strangulată" poate să fi suferit: chirurgul trebuie să rezece „partea moartă" a intestinului, operaţie realizabilă sub anestezie locală.

Care este riscul recidivei după operaţie?

După operaţia zisă a lui Shouldice, o hernie inghinală reapare cam în 6% din cazuri. Această recidivă depinde în parte de fragilitatea foarte deosebită a acestei regiuni, variind de la o persoană la alta. Atunci se poate preconiza a doua operaţie: ea constă în plasarea unei „plăci" în faţa găurii. Această operaţie se poate face prin celioscopie.



Această operaţie se face uneori sub anestezie

Pacienţii pot ia fie operaţi dimineaţa şi seara să părăsească spitalul

- **După operaţie, riscurile de recidivă sunt mici**

CALCULI IN VEZICULA BILIARĂ

Jb
'T
fi

Prezenţa calculilor în vezicula biliară este destul de frecventă. Acest Iniomcn devine mai frecvent o dată cu vârsta, pentru cu 60% din persoanele de peste optzeci de ani au unul sau mai mulţi calculi în veziculă. Deseori, «teşii calculi nu provoacă tulburări deosebite şi nici un fel de tratament nu pnrc justificat. Pe de altă parte, unele simptome nespecifice ale calculilor vc/,iculnri nu trebuie niciodată să fie decisive pentru soluţia chirurgicală. A «l fel o eventuală oboseală, dureri de cap, sau greaţă în absenţa durerilor nu ai dispărea dacă s-ar suprima calculii sau s-ar scoate vezicula biliară.

Când ne operăm?

Dacă vezicula biliară conţinând calculi se află la originea unor semenr precum dureri care durează cam douăzeci de minute, chiar mai mult, şi sr siluca/ă în general în scobitura stomacului. Sau când această durere este însoţită de greaţă şi vomă.

Trebuie să remarcăm totuşi că soluţia chirurgicală poate să fie propusfi unor pacienţi, chiar dacă aceştia nu se plâng de nici un simptom deosebii (de origine veziculară): pacienţii care vor trebui operaţi pentru o grefă di organ, care trebuie să sufere o operaţie de inimă, sau bolnavii care suferă ih-insuficienţă renală. La aceste persoane, orice risc eventual de colecistiin (inflamare a ve/iculci deseori de natură infecţioasă) trebuie să fie îndeparUtl

Nicolas Evrard :x^>ooocx3>oo<:

Care sunt diferitele tehnici operatorii propuse?

Cea mai „clasică"

Operaţia constă în realizarea unei incizii de câţiva centimetri în peretele abdominal şi în scoaterea veziculei. Avantaje: operaţia este în general relativ scurtă. Inconveniente: lasă cicatrice. Spitalizarea este în general ceva mai lungă decât în cazul celui de al doilea tip de operaţie.

Prin laparoscopie (sau celioscopie)

Această tehnică, care a fost realizată prima dată în Franţa în 1987, este azi foarte răspândită. Ea constă în efectuarea a trei-patru incizii mici în peretele abdominal şi, prin aceste orificii, introducerea instrumentelor chirurgicale (printre care şi un aparat optic) pentru operarea şi extragerea veziculei. Avantaje: operaţia nu lasă practic nici o cicatrice şi permite o reluare rapidă a alimentaţiei. Inconveniente: celiochirurgia este mai dificil de realizat (mai ales în caz de ciroză acută, de colecistită) şi trebuie deci făcută de un chirurg experimentat. In sfârşit, această tehnică este contraindicată în caz de ciroză cu insuficienţă hepatică, de anomalie biliară majoră, sau în cazul în care se suspectează un cancer la veziculă. Chirurgul va prefera atunci tehnica clasică.

O ultimă precizare. Dacă în timpul operaţiei, din diferite motive, celiochirugia se dovedeşte inaplicabilă, chirurgul o poate abandona şi realiza o operaţie clasică. Această eventualitate trebuie totdeauna semnalată pacientului înainte de operaţie.

*** înainte de preconizarea unui tratament, se pot face diferi) examene pentru stabilirea diagnosticului: radiografia abdomenului, ecografic, analiza sângelui.**

*** în geiu-ral iui trebuie să ne operăm şi nici să luăm**

medica menit' ilucfl nilnilii nu ne provoacă nici o tulburare.

HERNIA HIATALA

In mod normal, esofagul se află în torace şi stomacul în abdomen, în CH/. de hernie hiatală, extremitatea superioară a stomacului nu mai e la locul ci obişnuit: a trecut în interiorul toracelui. Această hernie se formează în (.'.cneral în urma unei alunecări prin diafragmă. Hernia poate să nu provoace .imptome, sau prea puţine, în alte cazuri, această anomalie este indicată de .i-ii/ii|i;i de arsură care urcă de-a lungul esofagului.

('And ne operăm?

în general, medicamentele rezolvă problema, mai ales datorită noilor mcilicnmcntc antisecretoare. Anumite reguli dietetice reuşesc şi ele să «Icnue/e această jenă digestivă. Când toate aceste tratamente sunt insuficiente (mai puţin de un caz din zece), poate să fie propusă o operaţie. Ea parc deosebit de îndreptăţită când, în plus, persoana este tânără, operaţia rc/olvflnd definitiv problema.

Operaţia mai e indicată când refluxurile gastro-esofagiene provoacă tulburări respiratorii (tuse şi chiar crize de astm...). Secreţiile esofagiene iu c A pe gât şi coboară pe căile respiratorii, provocând o iritaţie bronşică.

Operaţia mei e propusă când există un tip foarte deosebit, dar rar, de hernie: o pungă a stomacului a intrat prin orificiul diafragmatic. Joncţiunea *y* i .iro-esofagiană rămâne pe loc, dar punga stomacului care s-a deplasat t1« i <upra diafragmei provoacă semne de apăsare cardio-toracică (palpitaţii (..iiiliaec, jenă respiratorie...). Altă complicaţie majoră a acestei hernii: se poate strangula.

T^w

Nicolas Evrard

Ce examene se fac înainte?

O endoscopie este în general indispensabilă: ea permite să se vadă interiorul esofagului şi al stomacului, precum şi eventualele leziuni inflamatorii provocate de refluxurile acide. pH-metria cuantifică aciditatea esofagiană şi evaluează importanţa refluxului gastro-esofagian. Manometria măsoară presiunile în interiorul esofagului şi al stomacului, pentru depistarea unei eventuale probleme de motricitate, de mobilitate esofagiană. în sfârşit, un tranzit gastro-esofagian permite să se vadă volumul, forma, poziţia herniei hiatale. Pentru acest examen, pacientul înghite o substanţă opacă la razele X în timp ce se fac câteva clişee radiografice.

Chirurgul nu prescrie neapărat toate aceste examene; uneori sunt de ajuns numai unele dintre ele.

Cum se derulează operaţia?

Se urmăreşte aducerea înapoi şi fixarea extremităţii inferioare a esofagului în abdomen (sub diafragmă) şi de asemenea reconstituirea unei valve antireflux. Pentru asta, chirurgul se foloseşte de partea de sus a stomacului pentru a face un manşon în jurul esofagului. Această „valvă" poate să fie completă (operaţia lui Nissen) sau incompletă (operaţia lui Toupet). Indiferent de operaţia aleasă, sunt posibile două tehnici:

» „Cu pântecele deschis", adică în mod „clasic". Chirurgul face o incizie ele câţiva centimetri între partea de jos a sternului şi ombilic. Operaţia durează în jur de o oră; spitalizarea, aproape şase zile.

* „Cu pântecele închis", sau mai exact prin celioscopie. Prin patru cinci incizii mici, chirurgul introduce nişte instrumente fine, printre care şi un aparat optic ca să vadă în interiorul cavităţii abdominale. Această operaţie care se practică în mod curent este mai lungă (două-trei ore). Dar — avantaj major — pacientul părăseşte spitalul după aproximativ 48 de ore. Această Ichnică trebuie să fie reali/alfl de un chirurg antrenat special pentru acest IH de chirurgie.

Urmări şi eventuale complicaţii

în general, pacienţii încep să se alimenteze chiar de a doua zi după operaţie, în afara unei eventuale complicaţii legate de anestezie şi de orice fel de operaţie (infecţie, flebită...), principala problemă care ar putea să apară implică aparatul respirator, operaţia derulându-se aproape de diafragmă şi deseori la persoane obeze.

în săptămânile de după operaţie, o lene intestinală ar putea să perturbe digestia. Medicamentele prescrise în acest scop, luate timp de câteva săptămâni, vor corecta acest efect secundar. Se întâmplă ca pacientul să fie jenat do o disfagie (dificultatea de a înghiţi), în acest caz, valva reconstruită prin operaţie este prea strânsă. Atunci, uneori e necesar să fie lărgită printr-o simplă dilatare endoscopică sub anestezie generală uşoară.

în sfârşit, uneori poate să apară o recidivă. Se poate încerca o a doua intcivenţic. Aceste complicaţii sunt foarte rare şi, în marea majoritate ;i (,i/iii i lor, operaţia dă deplină satisfacţie.

*** Kxamcnele făcute înainte de operaţie permit să se constate că nu există o eventuală gastrită sau o problemă de motricitate csofajjiană...**

» Dacă s-a hotărât ca operaţia să aibă loc prin eelioscopie, este important ca chirurgul sa aibă o bună exţ^rienţă a acestei (chitici.

OCLUZIE INTESTINALA

E vorba de o oprire bruscă a tranzitului intestinal. Chirurgii vorbesc de o „oprire a materiilor şi a gazelor". Această ocluzie poate avea trei origini:

* *Mecanică:* e cauza cea mai frecventă. Un obstacol astupă o ansă intestinală. Această obturare se poate situa în interiorul intestinului (un corp străin înghiţit, o tumoare benignă sau malignă) sau să provină din exterior apăsând pe peretele ansei. Alt motiv mecanic este o strangulare, în acest caz, lucrul cel mai grav e că ansa intestinală se răsuceşte în jurul ei.

* *Funcţională:* intestinul nu se mai contractă, nu mai asigură tranzitul, e ca paralizat. Este o reacţie reflexă provocată de iritare. Puroi sau sânge în peritoneu, o colică nefritică, dar şi medicamente (atropină)—multe elemente pot să declanşeze această ocluzie reflexă.

* *Mixtă:* origini mecanice şi funcţional asociate. Această formă de ocluzie se poate manifesta mai mult imediat după o intervenţie chirurgicală.

Care sunt manifestările?

Durere abdominală, deosebit de puternică în caz de strangulare. Vomă, cu atât mai precoce cu cât obstrucţia se situează la începutul intestinului. Scaun redus sau aproape deloc, în fine, un pântece balonat.

în general, o radiografie a abdomenului confirmă diagnosticul.

Operaţia se face în regim de urgenţă?

Nu. Urgenţa cnnstft în îngrijirea stării generale a pacientului, deseori obosit şi deshidratat (din nm/u vomei). Primul lucru ce trebuie făcut este pcrfu/area bolnavului ţi pimrrni unei sonde gastrice. Toate acestea necesită

0spitalizare la un serviciu de chirurgie (chiar dacă în cele din urmă nu se propune nici un fel de operaţie).

Când este obligatorie operaţia?

Dacă e vorba de o ocluzie de tip mecanic (prin strangulare sau obturare). 1Inele intervenţii ar putea să fie făcute prin laparoscopie („fără cicatrice"). Pentru a evita orice risc de infecţie postoperatorie, se prescriu totdeauna antibiotice.

în ce caz nu e necesară intervenţia?

l >ică, datorită primelor îngrijiri medicale din spital, simptomele dispar şi mai ales se reia tranzitul. De asemenea trebuie să se constate că nici o ciui/.a organică nu se află la originea ocluziei.

(V;/; s tipaţia favorizează ocluzia ?

Ai <• i 1.1 tulburare de tranzit provoacă formarea unui fecalom (materii n. untul, ii. „i blocate în rect) şi facilitează o obstrucţie intestinală.

O hernie strangulată provoacă o ocluzie intestinala ce tratată de urgenţă.

* O operaţie abdominală satelit! în trecut poate să creeze hride pi- care intestinul **ai*** putea să se stranguleze.

CANCERUL COLONULUI

Pentru stabilirea cu certitudine a diagnosticului, este necesar un examen: colposcopia (sau fibroscopia). O sondă fină prevăzută la capăt cu un aparat optic permite vizualizarea peretelui colonului care prezintă un eventual polip sau o eventuală tumoare. La ora actuală, operaţia este singura soluţie pentru vindecarea unui mare număr de pacienţi. Chirurgul scoate, bineînţeles, tumoarea, dar şi un segment din intestin cu vasele şi ganglionii săi limfatici. Operând astfel, adică scoţând toate aceste elemente periferice, chirurgul urmăreşte să împiedice răspândirea maladiei.

înainte de operaţie, trebuie să se stea mai multe zile în spital pentru „pregătirea" intestinului?

Nu. Nu serveşte la nimic ca înainte de operaţie să se aplice un regim constrângător pentru ,,golirea" intestinului. Lucrul cel mai important este să i se dea pacientului antibiotice, chiar înaintea operaţiei şi în următoarele 24 de ore, pentru eliminarea unor germeni în mod normal foarte abundenţi în tubul digestiv.

Cât durează operaţia şi spitalizarea?

Asta variază în funcţie de pacient şi de echipa care îl tratează. Operaţia durează în jur de trei ore. Spitalizarea poate dura între cinci şi douăsprezece /ile. Momentul cel mai important după operaţie este realizarea tranzitului, în acest moment dispar durerile postoperatorii.

în ce cazuri este obligatoriu anusul artificial?

Ivstc definitiv şi obliy.nioriu când leziunea este atât de aproape de sfincterul anusului naimal nu al ivslc imposibil să fie păstrat, în alte cazuri, din

iimrnite motive operatorii şi, în special, pentru a evita orice risc de com->lieatii, chirurgul preferă să opereze în doi timpi: mai întâi instalarea unui mus artificial în mod tranzitoriu (timp de 6-10 săptămâni); apoi o nouă intervenţie pentru ca pacientul să-şi recapete tranzitul originar. Chirurgul Irchuic totdeauna să-1 prevină pe viitorul operat de această eventualitate.

Se poate duce apoi o viată normală?

Da, dar cu preţul unor îngrijiri care iau cam 45 de minute la fiecare iloufl /.ile. Aceste îngrijiri se pot face la domiciliu. Se poate foarte bine merge la teatru, călători cu avionul, înota în piscină sau în mare.

Chirurgia este singurul tratament cu adevărat eficace?

Nn. Pentru cancerul rectului se foloseşte uneori radioterapia. Chimio-Icrapia şi-a dovedit şi ea acţiunea salutară asupra tumorilor colonului şi rectului. K vorba de altfel de o chimioterapie destul de bine tolerată, în multe eu/uri, prin asocierea acestor tratamente diferite (chirurgie şi chimioterapie, de exemplu) se obţin cele mai bune rezultate.

<• .v.msele de vîiiofRfo¥»flli atât *mm* împomlte cu **cât**
<lntj»uo,s{ici»l este stabilit mai din vreme.

* î n »f ară de chirurgie, se pot indica şr alte soluţii. Dovşfa chimioterapie! stabilită în urmă cu câţiva ani a un real progres în tratarea acestui cancer.

OCHII

CATARACTA

Această afecţiune corespunde opacizării progresive a cristalinului (lentila prezentă în globul ocular care „reglează" vederea de aproape). Cataracta se manifestă printr-o pierdere a vederii contrastelor şi culorilor apoi, cu timpul, printr-o senzaţie de ceaţă în faţa ochilor. Vârsta este primul factor care favorizează apariţia cataractei. Un alt element favorizant este soarele, şi mai exact ultravioletele.

în Franţa, şapte milioane de persoane suferă de cataractă. Mulţi au recurs la chirurgie. Decizia operatorie depinde în mare parte de jena şi de nevoile fiecăruia.

în ce constă operaţia?

Cristalinul este scos pentru a fi înlocuit cu un implant: o lentilă artificială. Aceasta este rigidă (formată dintr-un material de sinteză) sau suplă (silicon ete.).

Această operaţie poate să fie făcută cu trei tipuri de anestezii diferite. Anestezia locală purfl (sau topică) obţinută cu ajutorul a câteva picături oculare, este în rculilaU* rareori propusă. Anestezia loco-regională — mult unii frecventa - NC lacc punţi o injecţie în pleoapa superioară şi (sau)

inferioară, în alte cazuri este preferată anestezia generală (la tineri sau la pacienţii sperioşi).

Care sunt diferitele tehnici operatorii?

• Prima se face prin ultrasunete.

Chirurgul introduce în globul ocular o mică sondă care dezagregă şi aspiră o parte a cristalinului, a cărui parte din spate este lăsată la locul ei. Avantaj: incizia corneei fiind mică, ochiul nu este prea fragilizat de operaţie. Recuperarea postoperatorie este deci mai bună şi purtatul ochelarilor se face mai repede decât în cazul celorlalte tehnici. Inconvenient: poate să survină o opacizare ulterioară a porţiunii de cristalin rămase (cataractă secundară), ceea ce va necesita un tratament cu ajutorul laserului. Această tehnică este azi din ce în ce mai practicată.

• Prin extracapsulare.

Conform aceluiaşi principiu ca înainte, o parte din cristalin este lăsată In locul ei. Dar de data asta operaţia se face cu instrumente clasice, fără ultrasunete. Incizia este mai mare, iar ochiul este fragilizat mai mult prin intervenţia chirurgicală. De unde o recuperare vizuală lungă.

• Prin intracapsulare.

Cristalinul este scos în întregime. Implantul este lăsat în faţa irisului (el este fixat în spate în operaţiile precedente). Riscurile unor complicaţii corneene şi retiniene constituie un inconvenient. Şi, în ciuda avantajului că nu există nici un risc de opacizare ulterioară, această tehnică este azi rareori folosită.

Care sunt urmările?

l)atorită progresului tehnicilor, pacientul poate în general să părăsească N p i l; 11111 c h i ar de a doua zi după operaţie. Uneori e operat dimineaţa şi pleacă acasă" după-amiază. In acest caz, este indispensabilă consultaţia la 24 de ore tlupfl operaţie. Este obligatorie supravegherea postoperatorie regulată din partea chirurgului. Colinii este prescris timp de aproximativ două luni. Mai trtr/.iu, deseori e necesar să se poarte ochelari (câteva săptămâni după opcui|ie) pentru adaptarea vederii.

Rezultate şi complicaţii

Redobândirea unei vederi de o calitate cu mult mai bună reprezintă pentru persoanele operate un adevărat eveniment! Totuşi, avantajul dobândit de pe urma ameliorării tehnicilor nu trebuie să ne facă să uităm eventualele complicaţii: o infecţie intra-oculară, o pleoapă care „cade", jenă trecătoare care obligă la purtarea unor ochelari fumurii... Este deci important să se chibzuiască bine luarea deciziei operatorii şi să se respecte supravegherea serioasă după intervenţia chirurgicală.

*** Datorită noilor tehnici operatorii, azi pacientul stă foarte puţin *timp* în spital sau îa clinică.**

*** O •". 'i;., p «s rtatul ocularilor este în general indb-**

MIOPIA

Miopia e datorată globului ocular prea lung şi/sau unei cornee prea curbate. Când persoana priveşte departe, razele luminoase nu converg exact pe retină, ci se încrucişează exact înainte. Rezultat: vederea neclară. Una dintre soluţiile propuse de unii oftalmologi este operaţia. Această intervenţie chirurgicală are avantajul de a putea corecta în acelaşi timp un eventual aMliginulism asociat.

('hirurgul dispune azi de două tipuri de tehnici diferite: intervenţia pe » OIIKV (prin laser, incizii radiare) sau deschiderea ochiului pentru fixarea IIIK-I lentile.

Când se preconizează operaţia?

l'a nu constituie prima recomandare. Ochelarii sau lentilele de contact suni nişte soluţii excelente. Operaţia poate fi preconizată din cauze multiple (In n i lele sunt uneori prost tolerate, provoacă infecţii), dar mai ales din motive pci sonale de estetică, de confort sau de comoditate. Dar cu anumite condiţii!

l'i i mă e de a avea o miopie stabilizată, care nu mai evoluează de cel |)ii|in un an. Operaţia este rareori indicată la tinerii sub douăzeci de ani. l'este patru/eci şi cinci de ani, operaţia este în general puţin recomandată,

l)upfl această vârstă, persoanele operate vor fi jenate la vederea de aproape!

în sfârşit, această operaţie este din ce în ce mai indicată în funcţie de profesii. Ka este interzisă piloţilor de linie şi cere un anumit timp înainte de reluare u lucrului în cazul altor meserii (poliţie, personalul navigant al avioa-

nelor...). Ea poate să nu fie recomandă celor cu profesii care cer o mare precizie vizuală (fotograf, cameraman, laborant care lucrează la microscop). Pe de altă parte, tendinţa la lipsa lacrimilor interzice intervenţia asupra corneei, o uscăciune majoră riscând să provoace probleme de cicatrizare. Dar atenţie! Decizia operaţiei depinde înainte de orice de pacient, el hotărând dacă îşi încredinţează sau nu ochii chirurgului.

Ce examene se f ac înainte?

Trebuie să se măsoare cu cea mai mare precizie acuitatea vizuală şi să se realizeze un examen oftalmologie complet. Chirurgul trebuie să se asigure că nu există nici o contraindicaţie operatorie. El realizează şi un fel de releveu topografic al corneei, ceea ce permite detectarea unui eventual cheratocon (caz în care operaţia este contraindicată).

Dacă operaţia este prevăzută prin cheratotomie radiară (incizii cu un „scalpel" fin), chirurgul măsoară, cu ajutorul unui examen ecografic, grosimea exactă a corneei pentru a aprecia mai bine adâncimea inciziilor ce trebuie făcute.

Care sunt diferitele tehnici operatorii şi urmările lor?

Aceste operaţii sunt azi destul de numeroase, unele fiind foarte recente. Iată principalele operaţii propuse actualmente: operaţiile pe cornee (cele mai frecvente) şi tehnicile intra-oculare.

Chirurgul intervine pe cornee

Cheratotomia radiară: este operaţia cea mai „veche" şi cea mai clasică. Ea este recomandată mai curând în cazul miopiilor mici, până la dioptrii de --4. Este suficientă o anestezie locală cu câteva picături de colir. Pupilele sunt menţinute deschise. Chirurgul face după aceea reperaje — perioadă în care pacientul trebuie srt se uite fix într-un singur punct. Apoi oftalmologul face incizii: 3, 4, (> sini K lAidtiri pe cornee. Operaţia, care durează în total dour câteva minute, iui c ilummisfl.

m

După operaţie, câteva ore se ţine la ochi un pansament. După aceea pacientul trebuie să pună timp de câteva zile colir antibiotic şi antiinflamator şi să ia calmante. Nu e necesară spitalizarea, în primele 24 de ore post-operatorii e posibil ca pacientul să se plângă de dureri locale. Timp de mai multe zile, acuitatea vizuală este imperfectă, apoi se ameliorează rapid.

Intervenţia la cel de al doilea ochi se face în general după 15-30 de zile.

Laserul. Datorită acestui aparat a apărut recent o tehnică numită lolocheratectomie refractivă. Laserul efectuează o tăiere a corneei centrale. în funcţie de importanţa miopiei, pe care e capabil să o evalueze, laserul îndepărtează grosimea de cornee necesară. Sunt suficiente 15-30 secunde. Această operaţie cunoaşte azi o mare dezvoltare. Ea este propusă în cazurile de miopie uşoară sau medie care nu depăşesc în general dioptrii de -8.

l hirerile postoperatorii sunt mai importante şi durează mai mult timp decât în ai/ul cheratotomiei radiare. Pentru o mai bună cicatrizare, pacientul poate să poarle 48 de ore lentile de contact. Recuperarea vizuală este uneori mai lungă, îndeosebi după patruzeci de ani (şi mai ales pentru vederea de aproape).

*Lasik (*)peraţia începe cu o primă secţionare în grosimea corneei, pentru a decupa un fel de capotă care este deschisă. Apoi, laserul „rindeluieşte" Ntralurile profunde ale corneei. In sfârşit, chirurgul pune la loc capacul, adicfl stratul superficial al corneei care a rămas intact. Această metodă se loloscste în cazul miopiilor puternice care pot să ajungă la dioptrii de -15.

Durerea postoperatorie este mai mică decât în cazul precedent iar acui-lalea vi/uală se recuperează mai repede (nu există probleme de cicatrizare). l)at această tehnică depinde mai mult de priceperea chirurgului; executarea i'i poale să fie mai delicată.

Chirurgul operează interiorul ochiului

K vorba de nişte intervenţii foarte diferite, oftalmologul trebuind să deschidă globul ocular. Aceste operaţii, rezervate unor cazuri de miopie puternica', sunt mai rar propuse decât precedentele. Ele se fac cu anestezie loco-regională (prin injecţii în pleoapa de jos şi/sau de sus) cu o anestezie gctu'nih Spitali/arcu de 24-48 de orc este deseori necesara,

Nicolas Evrard

Altă precizare. Recuperarea vizuală este în general rapidă şi excelentă. Dar, ca în cazul oricărei intervenţii chirurgicale intraoculare, există şi unele riscuri: infecţii, dezlipire de retină etc.

Implantul miopie. Această tehnică este şi ea recentă. Chirurgul plasează o lentilă corectoare în interiorul ochiului, în faţa irisului. Cristalinul e lăsat la locul lui. Operaţia este propusă în cazurile de miopii puternice şi trebuie să se adreseze unor persoane de sub treizeci şi cinci-patruzeci de ani, mai înainte de a se manifesta prezbiţia şi o eventuală cataractă.

Chirurgia cristalinului limpede. Această operaţie este ca operaţia de cataractă. Cristalinul este înlocuit cu un implant corector. Această tehnică se foloseşte la persoanele trecute de patruzeci de ani care suferă de o miopie puternică. Mai târziu, pacienţii vor fi deseori obligaţi să poarte ochelari ca să vadă la anumite distanţe, dar vederea la distanţă (înainte foarte proastă) va fi net ameliorată.

SA NE **OPERĂM?**

PRO

în majoritatea cazurilor, intervenţia e benignă, în caz de miopie slabă sau medie, operaţia este foarte scurtă şi urmările relativ simple. Cele mai multe rezultate sunt satisfăcătoare. A vedea sau a vedea din nou normal, fără să porţi ochelari sau lentile de contact, este un adevărat eveniment! în sfârşit, azi, datorită noilor intervenţii, miopiile puternice pot şi ele să beneficieze de acest tratament.

CONTRA

în afara unor riscuri operatorii (minore în caz de miopie slabă sau medie), se pate produce o sub sau supra-corecţie a miopiei. Pe de altă parte, nu trebuie uitat că peste patruzeci şi cinci de ani orice persoană îşi pierde treptat vederea de aproape şi va trebui să poarte lentile corectoare. Altă punere în gardă: când e vorba de un caz de miopie puternică, chirurgul nu poate garanta o totală nevătămare.

* l)aeH^{3}H'!Wettsa majoritatea a cazurilor, soluţia l-icală dă re^iţltatef0ar(te bune, ea aw permite totdeauna coree* n» rea vedtetft cw o «xa«;titatea perfectă,

* Din cauza nottiâpi şl â multitudinii de tehnic i propuse (şi «Hora viitoare), «ste gjftftt să «valttezi cu certitudine L fi cacitatea ţj lipsa de riscuri a «nor

DEZLIPIREA DE RETINA

Retina căptuşeşte interiorul globului ocular. Ea primeşte stimulările luminoase, vehiculate apoi până la creier de nervii optici. Retina este în mod normal formată din două foiţe perfect lipite una de cealaltă. Dezlipirea apare când aceste două foiţe se separă.

Unele persoane prezintă un risc mai mare decât altele. Miopia şi traumatismele oculare sunt factori favorizanţi. Pacienţii care au o prezentat deja
0 dezlipire retiniana trebuie să se supravegheze, precum şi
persoanele care
suferă de unele leziuni retiniene.

Care sunt semnele?

Perceperea unor fulgere, puncte şi linii luminoase trebuie să ne alarmeze. Apariţia unui văl în faţa ochilor sau dispariţia unei părţi a câmpului vizual pot să constituie semnele unei dezlipiri. Când apar aceste simptome, trebuie mers la medic de urgenţă.

După stabilirea diagnosticului, care sunt recomandările?

Operaţia este, în general, inevitabilă, înainte, persoana trebuie să doarmă culcându-se pe partea dezlipirii de retină. Dacă, de exemplu, această dezlipire este la dreapta, persoana trebuie să se culce pe partea dreaptă. Dacă e în partea de sus, trebuie să doarmă pe burtă fără pernă. Şi aşa mai departe.

în ce constă operaţia?

Obiectivul este de a apropia cele două foiţe, apoi de a le lipi din nou aşa
1 uni au fost ini(iii).

»

» Prima fază constă în a alipi cele două foiţe. Aceasta se poate face pe calc externă (chirurgul intervine asupra exteriorului globului ocular) sau pe calc internă (funcţionând lichidul care poate exista între cele două foiţe sau injectând silicon sau gaz în globul ocular: prin compresie, cele două foiţe se lipesc din nou).

* Faza a doua constă în refixarea celor două foiţe. Aceasta se poate face prin crioaplicare (prin frig) sau cu laserul (care provoacă o microarsură).

în total, durata intervenţiei depinde de leziunile iniţiale şi de importanţa metodelor necesare pentru repararea lor. Operaţia durează de la treizeci de minute până la trei ore şi se practică cel mai frecvent sub anestezie generală.

Spitalizarea durează în general între 48 de ore şi 10 zile. în caz de crioaplicare, cele două foiţe se lipesc progresiv după aproximativ o săptămânii, perioadă în care pacientul trebuie să stea foarte calm.

Care sunt urinările?

l mediat după operaţie, ochiul poate să doară dacă s-a injectat gaz. Există medicamente care reuşesc să atenueze această durere. Un timp, după operaţie, trebuie să se evite toate sporturile violente şi eforturile de lungă durată, să nu se călătorească cu avionul, nici să se facă scufundări în apă, din cauza diferenţelor de presiune.

*** Persosr Sttpra-**
^ cfţluve, l ,a u
*** Dacă *< necesar**
un tratamen .«.'/lipiri de
reţin;!.

*** Acest tratament, prin totocoaj. '. r* ^*n* i.i..r, st face la spital sau la cabinetul oftalmologului**

OKL - Dinţi - Chirurgie Plastică

VEGETAŢII

Vegetaţiile sunt formate dintr-un ţesut limfoid situat în parte din spate a nasului şi deasupra părţii din spate a gâtului. Acest ţesut joacă un rol de barieră de apărare imunitară împotriva germenilor care pătrund prin nas şi care se pot dezvolta în rinofaringe. Vegetaţiile sunt ascunse într-un loc cheie, intersecţia mai multor organe (nas, trompele lui Eustache care comunică de fiecare parte cu urechile, gâtul şi laringele, traheea şi esofagul).

Când — din motive diverse — vegetaţiile nu mai reuşesc să joace rolul lor de „filtru imunitar", ele pot fi sediul unor proliferări microbiene sau virale care riscă să se întindă spre faringe, bronhii sau urechi. Atunci apar infecţiile: rino-faringite, otite... Dacă aceste fenomene de contaminare se repetă, ablaţia vegetaţiilor poate să constituie cea mai bună soluţie.

Când se preconizează operaţia?

în două mari împrejurări.

Infecţioasă

Din motivele explicate mai sus, când apar infecţii ORL sau bronho-pulmonarc cu repetiţie, şi în special rino-faringite cu otite, se recomandă operaţia.

Mecanică

O creştere a volumului vegetaţiilor jenează trecerea aerului în gât. în consecinţă, copilul respiră continuu pe gură şi sforăie în fiecare noapte (chiar ilncfl nu este răcit).

Nici un examen suplimentar nu e necesar, doar uneori o radiografie a profilului părţii din spate a nasului făcut cam de la doi-trei ani. Cu câteva /.i l e înainte de operaţie, copilul trebuie să consulte un anestezist şi să facă analiza sângelui.

Operaţia se face în general între unu şi patru ani. Ea poate să fie propusă >i mai devreme. Trebuie totuşi aşteptat până când copilul cântăreşte opt-zece kilograme (pe la zece luni).

Vegetaţiile micşorându-şi volumul la pubertate, după vârsta de zece ani, operaţia este foarte rară.

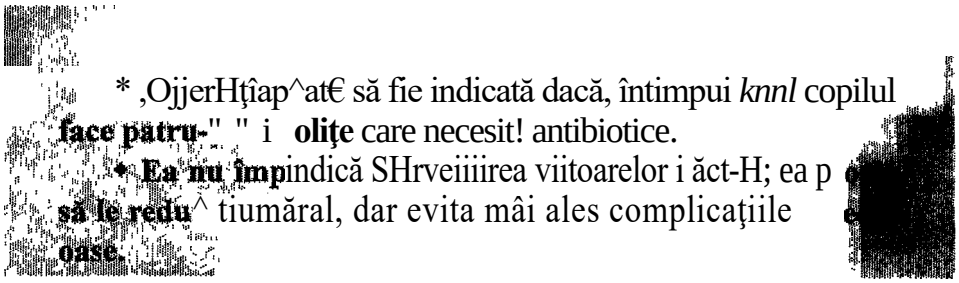
Cum se derulează operaţia?

('opilul soseşte pe nemâncate dimineaţa la clinică sau la spital şi iese la N!/u şi t u) dimineţii sau după-amiază. Este necesară o scurtă anestezie generală (cu masca). Medicul foloseşte o chiuretă pentru a curăţa partea din spate a ttfilului, scoţând vegetaţiile. Acestea, nefiind formate dintr-un ţesut foarte limitat, este imposibil să fie scoase în totalitate. Specialistul va lăsat totdeauna un mic rest. Actul chirurgical durează două-trei minute, în timp ce copilul este anesteziat, practicianul examinează timpanele la microscop, efect u And în acelaşi timp operatoriu — dacă e necesar — o paracenteză (NlrApungc timpanele), uneori şi fixarea unor aeratori transtimpanici.

Care sunt urmările şi eventualele complicaţii?

in primele două zile, copilul nu trebuie să se atingă de nas, nici să ia i ipirină, ca să evite orice sângerare. Se recomandă o alimentaţie lichidă şi < alduţă. Apoi, trebuie să facă câteva spălări ale nasului cu ser fiziologic sau ;iltc produse prescrise de medic. Pentru a evita o eventuală complicaţie înlccjioasa postoperatorie, unii medici dau antibiotice cu puţin înainte de operaţie, apoi o săptămână după.

Nicolas Evrard



* ,OjjerHţîap^at€ să fie indicată dacă, întimpui *knnl* copilul **face patru-**" " i **oliţe** care necesit! antibiotice.

• Ea nu împindică SHrveiiiirea viitoarelor i ăct-H; ea p **să le redu**^ tiumăral, dar evita mâi ales complicaţiile **oase.**

EXTRAGEREA UNUI DINTE

Această intervenţie poate să fie necesară în anumite împrejurări:

* Primul caz: există o carie foarte mare pe un dinte, care ajunge la rădăcină.

* Al doilea caz: un abces, indiferent de originea lui (dentar sau parodontal).

* Al treilea caz: „măseaua de minte". Acest dinte se extrage din cauza durerilor şi a unei inflamaţii locale. Cei mai afectaţi sunt dinţii de jos.

* Ultimul caz: o dizarmonie dento-maxilară care necesită un tratament do ortodonţie. Adică, trebuie să se scoată un dinte sau mai mulţi ca să se Iacă loc. Dacă, de exemplu, unii dinţi au crescut peste alţii, dentistul extrage premolarii.

Trebuie să consultăm dentistul înainte de a extrage un dinte?

Dentistul pune întrebări de ordin general ca să afle dacă persoana este eventual alergică, diabetică, dacă suferă de hipertensiune arterială, de probleme cardiace, sau dacă a fost operată de inimă şi poartă o valvă nftificială (trebuie să se evite orice risc de infecţie)... în sfârşit, dentistul se interesează despre eventualele medicamente luate: aspirină, anticoagulanţi, iinunosupresori etc.

în funcţie de toate aceste elemente, dentistul poate să prescrie o analiză a sfmgclui (ca să verifice, de exemplu, glicemia sau parametrii de coagulare sanguină...). Mai poate să ia legătura cu medicul de familie pentru a face această extracţie în cea mai deplină siguranţă.

în sfflrşit, se face o radiografie a dintelui ce trebuie extias.

Nicolas Evrard

Unde se face această operaţie: la cabinet sau la spital?

Cele mai multe extracţii se pot face la dentist, chiar dacă e vorba de o măsea de minte. Dacă trebuie să se scoată doi dinţi, chiar patru, atunci e nevoie de mai multe şedinţe.

O spitalizare, cu anestezie generală, este uneori propusă dacă se preconizează extragerea a patru măsele de minte şi dacă persoana este deosebit de speriată de şedinţele succesive la dentist.

Cât timp durează operaţia?

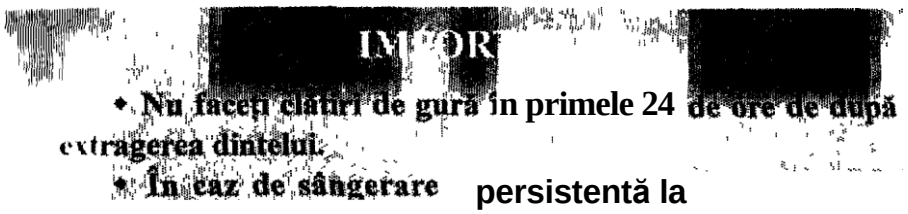
Cam o oră. Uneori sunt necesare puncte de sutură (în caz de dinte inclus, de exemplu). După operaţie, trebuie ţinută strâns o compresă între dinţi vreo douăzeci de minute.

Ce precauţii trebuie luate după operaţie?

Principala problemă poate să fie o sângerare. De aceea trebuie» să se evite orice băutură caldă (supă, cafea, ceai) şi medicamentele care reduc coagularea sângelui, precum aspirina. Clătirea gurii este şi ea prescrisă. Ea nu se va face decât la 24 de ore după operaţie, în schimb este posibil să se mănânce „normal".

Pentru a evita o durere postoperatorie, dentistul prescrie în general calmante, precum paracetamol, sau un antiinflamator, sau, dacă e nevoie, un antibiotic. Oricum, trebuie să se respecte prescripţia medicului. Pentru a minimiza un eventual edem, în minutele care urmează operaţiei, putem aplica ceva rece (gheaţă) pe obraz în dreptul zonei de extracţie.

în sfârşit, în orele următoare operaţiei, se recomandă ca pacientul să stea liniştit, în cele mai multe cazuri, a doua zi persoana îşi poate relua activitatea normală. Consultul la dentist este prevăzut în general după o săptămână.



IM "OR

• Nu faceţi clătiri de gură în primele 24 de ore de după extragerea dintelui.

• În caz de sângerare persistentă la et&vriTbrj **fttpă** o pcrl|ii|şŞ|iiţi puternic **cu o eorapresă sterilă (sau, da<Sâ nu aveţi,** o;ico;ni|rejsă'curată). **Dacă hemoragia nu se opreşte, luaţi legătura cil deritiistul sau cu un medic de gardă.**

BUZA DE IEPURE

Termenul „buză de iepure" denumeşte diferite tipuri de malformaţii faciale. Ele pot să fie minore, precum fanta izolată a buzei de sus, sau mai importante, atunci când există o divizare palatină asociată — în acest caz fanta se întinde de la buză până la cerul gurii şi vălul platului. Toate acestea sunt anomalii care se formează în timpul dezvoltării embrionare.

Poate fi dignosticată înainte de naştere?

De cele mai multe ori, datorită examenului ecografic, este posibil să se descopere, la fetus, o malformaţie importantă (fanta totală mergând de la buză la cerul gurii), începând de la sfârşitul celei de a treia luni de sarcină se poate eventual descoperi acest gen de anomalie. In schimb, anomaliile localizate, de exemplu numai la regiunea palatului, sunt greu de identificat.

Această explorare prenatală se face sistematic în caz de antecedente familiale sau a unor tulburări în timpul sarcinii (hidramnios, tulburare a creşterii fătului).

O ultimă precizare. Descoperirea acestor malformaţii în timpul sarcinii nu constituie un motiv de întrerupere a sarcinii (avort „terapeutic"). Această decizie nu poate să fie avută în vedere decât dacă există, în afara acestei malformaţii, alte anomalii majore (cardiace, cerebrale...).

Cum se derulează operaţia?

Strategia terapeutică diferă în funcţie de chirurgi şi de tipul de malformaţie. Totuşi, imlik'icnt de anomalie, operaţia trebuie încercată cât mai repede posibil.

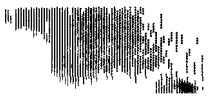
l Hi

O fantă labială (uneori asociată cu o mică crestătură pe gingie) este în general operată în primele cincisprezece zile de viaţă. O fantă izolată a udatului este operată pe la trei luni (la vârsta prefonetică). Copilul îşi va Ic/volta atunci prelimbajul cu un organ fonator reparat.

în caz de fantă a buzei şi a palatului, închiderea lor necesită două ntcrvenţii făcute la intervale de câteva luni.

Ce se întâmplă apoi?

('opilul trebuie să fie supravegheat de o întreagă echipă: un orelist, un irtodontist (pentru poziţia dinţilor) şi un ortofonist. Echipa rezolvă eventua-clc probleme. Ortodonţia e primordială pentru dinţii definitivi (începând Ic la şapte-opt ani). Corectarea unor proaste implantări dentare va necesita nu turca unui aparat şi, în unele cazuri, intervenţii chirurgicale, mai ales l u n pacientul duce lipsă de dinţi. Această supraveghere este cu atât mai n - i-s.iră cu cât malformaţia iniţială a fost mai importantă.



*** Dacii uitfpemlîrii al Familiei a fost operat de tea Ue N |Hirc, examenele ecografice pentru explorarea în special a < Mpuliii sunt indispensabile în cursul unei sarcini.**

*** Dacă, într-o familie, un copil s-a născut cu acest gen de jii;ilfmma|ic, sfatul unui genetician ar fi indicat înainte de a doua sarcină.**

*** In cele rgiît peimîte re/uita(c 4 H l c(ice excelc k *. i bu n e pt ia ru fonrw îe ULII**

INI I

URECHI DEZLIPITE

Orice mijloc de contenţiune pentru evitarea dezlipirii urechilor pe care 1-am crede eficace nu e de nici o utilitate. Cu alte cuvinte, orice mijloc de strângere a capului, o bandă adezivă, de la vârsta cea mai fragedă, nu serveşte la absolut nimic.

Pe de altă parte, această malformaţie nu apare din cauza unui prost „obicei", a unei poziţii proaste, de exemplu în timpul somnului. In realitate, problema este de origine constituţională. Este vorba de o anomalie de dezvoltare (în parte ereditară) a pavilionului urechii sau a cartilajelor sale.

Ce criterii definesc această dezlipire?

Nu există cu adevărat nişte criterii pentru că e vorba de o apreciere estetică, înainte de a preconiza o operaţie, chirurgul trebuie să fie foarte atent la cererea celui în cauză.

în sfârşit, aceste criterii trebuie să fie minuţios analizate deoarece acest necaz estetic poate afecta diferite părţi ale urechii.

Poate fi operat un copil foarte mic?

Nu trebuie operată o ureche care nu şi-a terminat creşterea, în general, urechea atinge 90% din mărimea sa adultă începând de la vârsta de şase ani şi atunci se poate preconiza o intervenţie chirurgicală. Dacă operaţia se face prea devreme, e posibil să apară deformaţii ulterioare.

Cum se derulează operaţia?

Kxistă numctoasc (clinici operatorii. Ele depind de malformaţia ce trebuie corectata ^i de oxpcricn|u chirurgului, în urmă cu câţiva ani, incizia

se făcea deseori prin partea din spate. Azi, mulţi chirurgi preferă să realizeze o incizie anterioară. Oricum, în general cicatricea nu se remarcă.

0 ultimă precizare. De cele mai multe ori, operaţia se face sub anestezie locală la adolescenţi şi la adulţi. La copii, anestezia generală nu este indispensabilă şi, în acest caz, spitalizarea durează înjur de 4 ore.

Care sunt îngrijirile medicale postoperatorii?

Sunt indispensabile şi au inconvenientul de a fi cam lungi. Aceste îngrijiri pot să difere de la medic la medic dar, în general, ele durează o lună.

în prima săptămână, pansamentele sunt în mod regulat schimbate. Firele / sunt scoase cam în a şaptea zi. Apoi, o bandă elastică trebuie să fie ţinută pe urechi 24 de ore din 24 timp de vreo zece zile. Apoi, numai noaptea timp de încă două săptămâni.

Care sunt riscurile?

Mai întâi cele inerente oricărei anestezii generale şi oricărei operaţii (îndeosebi infecţii).

1 nfecţia cronică a cartilajelor urechii este o complicaţie gravă, din fericire
destul de rară. De aceea unele precauţii sunt indispensabile: analizele pregătitoare anesteziei şi o bună asepsie în cursul operaţiei.

Se poate prevedea o eventuală problemă de cicatrizare?

\ -Iste foarte greu să se ştie dinainte dacă o cicatrice va deveni hipertrofiată • .ui cheloidă. Totuşi, se remarcă faptul că persoanele cu o pielea neagră au 111.11 des acest gen de problemă.

*** Primea/ă p ă re rea celui în cauză. Oacă e vorba de un copil, n ren lui contează mai mult decât cea a părinţilor.**

*** îngrijirile medicale postoperatorii sunt fundamentale şi**

ADRESELE UNOR CLINICI DE SPECIALITATE

CABINETE ACUPUNCTURA-FIZIOTERAPIE

CABA COMP SERV SRL
Str Putnei 33
Sibiu, 2400
Tel 069/422616

DÂMÂCEANU COSTICĂ
Str Zorilor 3
Botoşani, 6800
Tel. 031/55083

DIACONESCU VALER
Str Valea Mare 8
Sibiu, 2400
Tel 069/212258

DR. FILIMON DAN VLAD
Str V A Urechia 16
Piatra Neamţ, 5600
Tel 033/216392

GHIBUŞ ION
Str Traian Vuia 2, bl 800
Reşiţa, 1700
lei 055/213832

MARIEŞ DORIN
Str Valea Mare 8
Sibiu, 2400
Tel 069/212258

MEDCONSTRUCT-CAB. FIZIOTERAPIE
Calea Călăraşi 177, Bucureşti
Tel 01/6827804
Fax 01/6477551

OLARU VIRGIL
Str Nicolae Bălcescu 2
Sibiu, 2400
Tel 069/216500

ORL ACUPUNCTURĂ-DR. GHIBUŞ I
Str Petru Maior bl 800
Reşiţa, 1700
Tel 055/213832

PAPUC LUMINIŢA
Str Alexandru cel Bun 28, se B
Suceava, 5800
Fel 030/227787

SIANESCU ION
l lotci Oltul
Uhmăneşti, 1079
Ici. 050/750402

ZĂGREAN GHEORGHE
Str. Paltinu 14
Sibiu, 1400
Tel. 069/446624

CABINETE BOLI INTERNE

ASCO 90 SRL-FIL. ROMAN
Slr Ştefan cel Mare bl. M7
Roman, 5550
Tel 033/724978

AVRONA SRL
Şti Mihai Viteazul 4
Oniilea, 3700
Trl OWI31687

CAIIINKT MEDICAL-DR. ENACHE
Mi OctnvOnicescuZ 19
Hoţomani, 6800
Ici 031/519442

CABINET MEDICAL-DR. PASCARIU I.
Şti Nicolae Titulescu 8
Dtmihoi, 6850
Ici 031/614654

CAMNICI GAFIŢA SNC-DR. CĂLINICI
ll-dul Mihai Viteazul 8, bl.A, ap.2
/nlflu, 4700
l'cl 060/611672

CONSULT MEDICOM-DR. MAGHERU
Str. 22 Decembrie bl. D 2/p
Deva, 2700
Tll. 054/222235

CORDIS SRL CRAIOVA
Str. Romain Rolland 4
Craiova, 1100
Tel. 051/411650

INTRADEX SRL-DR. BLAJ
Str. Ion Creangă 9/22
Hunedoara, 2750
Tel. 054/722769

INTRADEX SRL-DR. LUPI)
Str. Ion Creangă 9/22
Hunedoara, 2750
Tel. 054/722769

NICOLAE GEORGE (ECOGRAFIE)
Str. Dunării bl. G 103F, ap. 2
Alexandria, 0700
Tel. 047/326290

SANA **COMPANY SRL-DR. NICULA**
Aleea Viitorului-Crucea Roşie
Deva, 2700
Tel. 054/226358

SANA **COMPANY SRL-DR. RAD**
Aleea Viitorului-Crucea Roşie
Deva, 2700
Tel. 054/226358

CABINETE CARDIOLOGIE

BENGUŞ CWSTINA
Str. Dimitrie Cantemir 25
Focşani, 5300
Tel. 037/613180

l, sc.D/4

BOANĂ SORIN
Srt. Războieni bl.
Bacău, 5500
Tel. 034/122598

CABINET MEDICAL INDEPENDENT
P-ţa Eliade 2
Dr. Tr. Severin, 1500
Tel. 052/312072

CORDIS SRL CRAIOVA
Str. Romain Rolland 4
Craiova, 1100
Tel. 051/411650

COTOIU ADRIAN
Str. Târnavei 7, bl.C, ap. 23
Mediaş, 3125
Tel. 069/828188

CREŢEANU MIHAI
Str. Petru Rareş 64
Suceava, 5800
Tel. 030/22654

FLORENTIU SNC-LAB CARDIOLOGIE
Str. Unirea Principatelor 5/6
Focşani, 5300
Tel. 037/622690

HARAGUS HOREA
Str. Ghiocelului 2
Bistriţa, 4400
Tel. 063/213659

INTRADEX SRL-DR. IVANOV
Str. Ion Creangă 9/22
Hunedoara, 2750
Tel. 054/722769

MANIŢIU IOAN
Str. Ştrandului 27 A
Sibiu, 2400
Tel. 069/226420

MAR-CRIS
Calea lui Traian 161
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/732902

MATOSS SRL
P-ţa Mică 3
Arad, 2900
Tel. 057/230443

MEDCARD-DR. LUCA
LĂCRĂMIOARA
Str. Zorilor 6, bl. T 29
Suceava, 5800
Jud. Suceava

MEDICARD SRL
Str. Democraţiei 57 bis
Buzău, 5100
Tel. 038/429504

VIOREL
Si. Moldoveanu 25
Sliu, 2400
Ttl. 069/431438

M3LDOVAN MĂRIA
*. Valea Mare 8
Stou, 2400
îf|. 069/212258

POLICLINICA BUNAVESTIRE
I. Unirii 124
daiova, 1100
Ti 051/124078 sau 122396

POPESCU AUREL
H'dul T. Vladimirescu 94
Ut. Tr. Severin, 1500
1(1 052/317984

«lO-FELIX-CARDIOLOGIE
Mul Tomis 328, bl. M 2
Constanţa, 8700
M. 041/667807

ROŞU MARIANA
Str. V. Alecsandri 45
Alba lulia, 2500
Tel. 058/817175

TIMOFEIOV VASILE
Str. Ana Ipătescu 6
Suceava, 5800
Tel. 030/214794

UŞEROCVICI IOSEF
Str. 6 Noiembrie bl. 28
Suceava, 5800
Tel. 030/210716

VLASE CONSTANTIN SA
Str. Ion Creangă 2
Suceava, 5800
Tel. 030/219224

CABINETE CHIRURGIE BUCO-MAXILO-FACIALĂ ŞI STOMATOLOGIE

AHMED BADRELDIN
Str. Al Vlahuţă 29, bl C 2, se. l, ap. 7
Quj-Napoca, 3400
U 064/186404

(ABINET STOMATOLOGIC
'îl r Ion Ncculce 40 A
l'nuircşti
Iţi 01/6655735

DENTAL PRAXIS CONSTANŢA
Str. Nicolae lorga 8
Constanţa, 8700
Tel. şi fax: 041/613985

DENTAL STUDIO
Calea Griviţei 238
Bucureşti
Tel. 01/6671659

Nicolas Evrard

SRL-DR. DINU
Str. 22 Decembrie bl. D2, demisol
Deva, 2700
Tel. 054/226003

EURODENT SRL ALEXANDRIA
Str. Alexandru Colfescu 62
Alexandria, 0700
Tel. 047/324791

ITAL-MAX-MED SRL
P-ţa Sârbească 7/8, ap. l
Arad, 2900
Tel. 057/281220

MAIODENT SRL.
Str. Th. Speranţia 98, bl. 28, se. A, ap 2
Bucureşti
Tel. şi fax: 01/2228027

CABINETE CHIRURGIE

ACODRA MED SRL CRAIOVA
Cart. Rovine, bl. D 21, ap. l
Craiova, 1100
Tel. şi fax: 051/163328

ANDRIU VASILE
Str. 6 Noiembrie 14
Craiova, 1100
Tel. 020/212802

BOSTAN MIRCEA
Str. Ana Ipătescu 4, bl.7, ap.2
Suceava, 5800
Tel. 030/210344

CAB. MICĂ CHIRURGIE FLEBOLOGIE
Str. Breslei 19
Craiova, 1100
Tel. 051/413294

CABINET CHIRURGIE
Str. Traian 15
Dr. Tr. Severin, 1500
Jud. Mchedin(i.

COMPL. GR. MEDICO-CHIRURG.
SRL
Str. Paris 2
Arad, 2900
Tel. 057/218043

GÂDEA VALERIU
Str. Dunării, bl. 123, se. B, ap. 20, parter
Alexandria, 0700
Tel. 047/325276

CABINET MEDICAL DR. HÂNCU
Str. Alexandru cel Bun 28, se B.
Suceava, 5800
Tel. 030/227787

INTRADEX SRL-DR. CEUCĂ L.
Str. Ion Creangă 9/22
Hunedoara, 2750
Tel. 054/711170 sau 722769

LUPEANU RADU
Str. Paltinu 14, Sibiu, 2400
Tel. 069/446624 '

MANTU CĂLIN
Slr. Moldoveanu 25
Slhiu, 2400
lei. 069/431438

SÂRBU BUCUR
Str. Paltinu 14
Sibiu, 2400
Tel. 069/446624

POLICLINICA BUNAVESTIRE
Slr. Unirii 124
Cruiova, 1100
Tel 051/124078 sau 122396

TOMORUG OCTAVIAN
Calea Bucovinei 3C
Rădăuţi, 5875
Tel. 030/461034

SABĂU MIRCEA
SH Valea Mare 8
Sibiu, 2400
Ici, 069/212258

VUIA MEDICAL SRL
Str. Bârzavei l A
Bocşa, 1725
Tel. 055/551630

CABINETE CHIRURGIE ŞI ORTOPEDIE INFANTILĂ

FURNICA ŞTEFAN
Sli DragoşVodă22
Siurnva, 5800
Ici. 030/214955

CABINETE DERMATO-VENERICE

IH MASAN **SRL**
MI T Vladimirescu 5
i iu/nu, SI 00
1.l 018/433324

PANMED SRL
Str. Inimii 2
Miercurea Ciuc, 4100
Tel. 066/116713

CABINETE DERMATOLOGIE

ACODRA MED SRL CRAIOVA
Ciul Kovine, bl. D 21, ap. l
Crniova. 1100
Col. |l ta: 031/163328

BUFU MĂRIA
Str. I.L.Caragiale 18A
Bistriţa, 4400
Tel. 063/212865

Nicolas Evrard ;x>cxz>oocx3<>:

DENTISSIMA SRL-DR. RADU
Str. 22 Decembrie bl. D 2, demisol
Deva, 2700
Tel. 054/226003

LASER MED SRL
Drumul Taberei 35
Bucureşti
Tel. 01/7254832

MEDESTET BUCUREŞTI
Str. Blănari 11, ap. 17-20
Bucureşti
Tel. 01/6144869 sau 6153871

PALPLER IMPEX SRL
Str. Dr. latropol 10
Bucureşti
Tel. 01/4103539

POSTOLE LUCA
Str. Valea Mare 8
Sibiu, 2400
Tel. 069/212258

ROTARU MĂRIA
Str. Paltinu 14
Sibiu, 2400
Tel. 069/446624

TELEKI A.F.
Str. l Mainr.14
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/723857

CABINETE ECOGRAFIE

ACODRA MED SRL CRAIOVA
Cart. Rovine, bl. D 21, ap. l
Craiova, 1100
Tel. şi fax: 051/163328

AVE ECOGRAF SRL CALAFAT
Str. Traian, bl. El, ap. 4
Calafat, 1275
Tel. 051/231008

BADEA RADU
Str. Octavian Goga 42
Cluj-Napoca, 4300
Tel. 064/188509

CAB. ECOGRAFIE-DR. A. POPESCU
Str. Republicii 76 A
Pucioasa, 0275
Tel. 045/774240

CABINET DR. MANGEA
Aleea Tineretului bl. 3, ap. 12
Reşiţa, 1700
Tel. 055/228228

CAMEN SRL
Cartier Rovine bl. D 21, ap. l
Craiova, 1100
Tel. 051/163328

Cartea Sănătăţii

CALIMAN CODRU
Str. Griviţei 3 A-15, se. B, ap. l
Botoşani, 6800
Tel. 031/533178

CIDO-DANIEL SNC CRAIOVA
Str. Ştefan cel Mare 63
Craiova, 1100
Tel. şi fax: 051/417841

CORDIS SRL CRAIOVA
Str Romain Rolland 4
Craiova, 1100
Tel. 051/411650

DENTAMED SRL CLUJ-NAPOCA
Str. Octavian Goga 4
Cluj-Napoca, 3400
Ici 064/188509

Dl)DEA SORIN
Str Octavian Goga 42
Clu|-Napoca, 3400
Tel. 064/188509

ECHO-MED-DR. TRELEA G.
Str 22 Decembrie nr. 53
Kftmnicu Vâlcea, 1000
Ici 050/743105

K OG RAFIE SRL
Str Paris 2
Arnd, 2900
Ici. 057/281043

KOMFD-DR. BUTE MIHAELA DANA
Slr Republicii 215
l'ftlliccni. 5750
lud, Succuvn

ENACHE CORNEL
Str. Octav Onicescu 19
Botoşani, 6800
Tel. 031/519442

GOMOTÎRCEAN ADRIANA
Str. Dorobanţilor l
Târgu Mureş, 4300
Tel. 065/125002

HIPOCRAT SRL SUCEAVA
Str. loan Vodă Viteazul 12, bl. C l
Suceava, 5800
Tel. 030/226018

MADRAS SNC
Str. Chiristigii bl. B 21, ap. 3
Buzău, 5100
Tel. 038/423779

OLARU TANIA
Str. Moldoveanu 25
Sibiu, 2400
Tel. 069/431438

PITICAR LUCIAN
Calea Transilvaniei 44
Câmpulung Moldovenesc, 5950
Tel. 030/312733

RADIOLOGIE-ECOGRAFIE SRL
Str. Paris 2
Arad, 2900
Tel. 057/281043

SANA **COMPANY SRL-DR. FLORIA**
Aleea Viitorului-Crucea Roşie
Deva, 2700
Tel. 054/226358

Nicolas Evrard

SOARE AF ALEXANDRIA
Str. Negru Vodă 127 A
Alexandria, 0700
Tel. 047/313049

VÂRLAN AUREL
Calea Bucovinei 3 C, se. C, ap. 8
Rădăuți, 5875
Tel. 030/461034

VIAŞU BOLOCAN
Str. Slt. Stroescu 32
Strehaia, 1475
Tel. 052/370398

ZAHARIA OCTAVIAN
Str. Valea Mare 8
Sibiu, 2400
Tel. 069/212258

CABINETE FLEBOLOGIE

TUL-KAREM l CO.SRL
B-dul N. Bălcescu 32-34
București
Tel. 01/6434880
Fax: 01/3124579

CABINETE GINECOLOGIE

A-SANTOS BUCUREŞTI
Calea Moşilor 268
București
Tel. 01/2104978 sau 2108942

ADONIS '94 IMPEX SRL BUCUREŞTI
Sos. Mihai Bravu 29-35, bl. P 3
București
Tel. 01/6426890

ALEXANDRESCU CONSTANTIN
Str. Cuza Vodă 9/1
Sighctu Marmaţici, 4925
Tel. 062/318765

AMI MEDICAL TEI
Str. Grigore Moisil 5
București
Tel. 01/6883376

APAHIDEANU OCTAVIAN-PRAXIS
Str. Ion Corvin bl. 5, se. 3, ap. 3
Reşiţa, 1700
Tel. 055/220646

BODNAR VASILE
Str. l Mai nr. 10/6
Sighetu Marmaţiei, 4925
Tel. 062/312185

CABINET GINECOLOGIC
Str. Ion Neculce 55
Bucureşti
Tel. 01/6669298

CABINET GINECOLOGIC
Str. Ana Ipătescu 35
Fălticeni, 5750
Tel. 030/444966

(ABINET GINECOLOGIC DR. CRĂIUŢ
Str. Andrei Mureşan 16
Oradea, 3700
Tel. 059/412785

CENTRU GINECOLOGIC PRIVAT SRL
Str Paris 2
Arnd, 2900
lei 057/281043

CKNTRU MEDICAL COMPUTERIZAT
Str l .ucreţiu Pătrăşcanu 2
Hncnu, 5500
Tel. 034/145313

CKNTRU MEDICAL DR. HOMEAG ION
Slr luigeniu Carada (fostă lalomicioarei) nr. 4
C'imova, 1100
IH 051/134195

(OMPLEX MEDICAL DR. FRUM
Slr Uzinei 14, bl. 17
Sibiu. 2400
Ici 069/434373

(OKOMS SRL
Slr lUicur 12
Kuuircţti
Tel. 01/3304382

CVASCIUC GINECOLOGIE SRL
Str. Moara de Scoarţă 6
Sibiu, 2400
Tel. 069/439023

DĂMĂCEANU COSTICĂ
Str. Zorilor 3
Botoşani, 6800
Tel. 031/525083

DR. DEAC ROMULUS
Str. Ana Ipătescu 12
Focşani, 5300
Tel. 037/626314

DR. HUIANU OCTAVIAN
Str. Durăului 20
Piatra Neamţ, 5600
Tel. 033/214166

DR. NEAGU ANGELICA
B-dul Unirii bl. 3A
Buzău, 5100
Tel. 038/446900

DR. VUIA MEDICAL SRL
Str. Bârzavei 1/4
Bocşa
Tel. 055/551630

FUSA ILIE
Str. Republicii 5
Fălticeni, 5750
Tel. 030/216200

GAMAT IMPEX
Str. Borşa 30-32
Bucureşti
Tel. 01/6332860

Nicolas Evrard

>CXD<>CX>C>OOC

GEMENII SRL
Str. Vișana 3
București
Tel. 01/6755718

GENESSIS DIALUCI-DR. CRÂCIUNESCU
Str. George Enescu 16/6
Hunedoara, 2750
Tel. 054/723579

GHERMAN HOREA
Str. E. Teodoroiu 17
Bistrița, 4400
Tel. 063/213535

GINECOMED SRL-DR. CIOROIANU
Str. Comăniţa 6
București
Tel. 01/6334923

GINELIA-DR. CSEKE LUDOVIC
Str. Dumbrava 2, cămin TCI, cam. 3
Zalău, 4700
Tel. 060/631057

GINETEST SRL
Str. Mihai Eminescu 40
Arad, 2900
Tel. 057/281573

GUINA ION
Str. Rahovei l
Pitești, 0300
Tel. 048/215756

IMRE LUDOVIC
Str. Simion Bărnuţiu 25
Zalău, 4700
Tel. 060/614353

MEDFEMME SRL
B-dul luliu Maniu bl. 28, ap. 4
Arad, 2900
Tel. 057/224655

MEDICAL SERVICE
Str. 9 Mai nr 32
Bacău, 5500
Tel. 034/171202

MEDIMPEX-DEMI SRL-DR. DEMETER
Calea Zarandului bl. 50/28
Deva, 2700
Tel. 054/213402

METACS SRL
Str. Panait Cerna 44, București
Tel. 01/6373304

NORD MEDICA-MIHAIL NICULESCU
Calea Griviței 156, se. D, et. 2, ap. 108
București
Tel. 01/2231906

PERENNICU SANA SRL
B-dul Revoluţiei 12-18, se. B, ap. 2
Arad, 2900
Tel. 057/252864

POLGAR MIHALY
P-ța Majlath G.K. 4/A
Miercurea Ciuc, 4100
Tel. 066/112992

POLICLINICA BUNAVESTIRE
Str. Unirii 124, Craiova, 1100
Tel. 051/124078 sau 122396

POPARLAN SRL
Slr. Mihai Eminescu l
hâtra Neamţ, 5600
Ici şi fax. 033/215744

SANORUR SRL
B-dulIuliuManiu94-100
Bucureşti
Tel. 01/7725500

I'ROMETEUSZ
Slr KorOsi Csoma Sandor 2
Miercurea Ciuc, 4100
Ici. 066/111861

TUNAB VAL
Str. 22 Decembrie bl. D 2, parter
Deva, 2700
Tel. 054/225860

CABINETE MEDICINA GENERALA

AREV MED COM SRL
Mr. Alexandru cel Bun 2
Kîînmn. 5550
Ici O U/721565

BISTRICEANU VALERIU
Str. Basca Mică 10 bis. Buzău, 5100
Tel. 038/446101
Fax: 038/433996

AKUNTARU ELENA
li diil l'ctrochimiştilor bl. B 4
l'HOli, 0100
lei 048/221684

BRAVAL SRL BRAŞOV
Str. Mureşenilor 26
Braşov, 2200
Tel. 068/141977
Fax: 068/151858

ARMKDICA SRL-DR. ARTEAN
II du! ("orvin bl. 5, ap. 3
Hunedoara, 2750
lei OM/716287

BRIMAX INT'L MEDICAL CENTRE
Str. Videle 16, Bucureşti
Tel. 01/6170896
Fax: 01/2227352

AS«> 90 SRL-FIL. ROMAN
Mi Ştefan cel Mare bl. M 7
Konmn, 5550
lei 013/724978

BUCUR ANA MĂRIA
Sos. Constanţei B3G, parter
Mangalia, 8727
Tel. 041/751557

IIAIA CALINA RODICA
Sii M Viteu/ul 27
Sui cava, W)()
lud. Suicnvii

CAB. MAD. TRAD. ORIENTALĂ
Str. Unităţii 130, bl. B 4, ap. 65
Bucureşti
Tel. 01/3217098

Nicolas Evrard

CAB. MEDICAL SAMARITEANU MILOSTIV
Str. Stelian Mihale 14-20
Bucureşti
Tel. 01/6395895

CABINET DR. MANGEA
Aleea Tineretului bl. 3, ap. 12
Reşiţa, 1700
Tel. 055/228228

CABINET MEDICAL RAMBAM
Str. Armenească 8
Suceava, 5800
Tel. 030/213084

CÂMPEANU SIMONA
Str. Paltinu 14
Sibiu, 2400
Tel. 069/446624

CENTRU MEDICAL PRIVAT SRL
B-dul T. Moşoiu 11
Arad, 2900
Tel. 057/255255

CIDO-DANIEL SNC CRAIOVA
Str. Ştefan cel Mare 63
Craiova, 1100
Tel. şi fax: 051/417841

CITY MEDICAL CENTER SRL
Str. 2 Grăniceri 48
Fălticeni, 5750
Tel. 030/441034

COAMESU ILEANA
Str. G. Procopiu 2, bl. 63
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/730056

COŢIU AUREL
Str. Crişan bl. 80 C, ap. 48
Zalău, 4700
Tel. 060/613254

DIVERS MEDICA
Str. Bihorului 3-5, ap. 2
Arad, 2900
Tel. 057/222124

DR. CREŢU OLIMPIA-MEDIC PRIMAR
Str. Bucureşti 94, bl. 221, ap. 3
Alexandria, 0700
Tel. 047/323411

DURLA MIHAI
Str. Martirilor Deportaţi 15
Satu Mare, 3900
Tel. 061/712436

FERENCZ ERNEST
Str. l Decembrie nr. 28
Nădlac, 2954
Tel. 057/474366

FIBA X-X SRL
B-dul Bucureşti 12 A, Ploieşti, 2000
Tel. 044/171072

GABIMED-DR. CIOBANU GABRIEL
Str. Republicii 21
Vatra Dornei, 5975
Tel. 030/372573

GLAUCOS MEDICAL SRL SUCEAVA
Str. Rezervorului 9
Suceava, 5800
Tel. 030/211657

IOROVI MEDICA
Str. Izbândei 6, bl. 114, se. A, et. l
Bucureşti
'Ici 01/2204707

LOTUS MED SRL
Str. St. L. Roth 18
Mediaş, 3125
Tel 069/821544

MADRAS SNC
Slr Chiristigii bl. B 21. ap. 3
Bu/flu, 5100
Ici 038/423779

MARI SÂN PFI
Aicea Neptun bl. Y 4, ap. 13
Ai «d. 2900
Ici 057/249145

MARIAN DORINA
Slr Republicii 67
l AmAveni, 3225
Ici 065/440720

MKDICAL G. I. SRL
Str Muncii 2 A
Kflmmcu Vâlcea, 1000
Ici 050/731341

MF.DICON SRL
Sli l.iliuc 17
Arad, 2900
Ici 057/262475

MKDIGEN SRL RÂMNICU SĂRAT
Şti C-tin l) Gherea 56
KAînnicu Sărat, 5250
lei 018/562048

MEDINTERN SRL
Str. Ion Berindei 12
Bucureşti
Tel. 01/6889310

MEDITECH IMPEX SRL
Sos. Mihai Bravu 317, bl. SA, se. l,
ap. l, Bucureşti
Tel. şi fax: 01/6206562

MITREA VALERIU
Str. Vişinilor 3, bl. 59
Suceava, 5800
Tel. 030/215336

MORAR PRECUP CORNEL
Str. 22 Decembrie 1989 nr 28 A
Târnăveni, 3225
Tel. 065/448551

OLIMPIA SRL
Str. Ştefan cel Mare 13, se. A, ap. 2
Arad, 2900
Tel. 057/288299

ONIGA LEON
Str. Baladei 3
Vatra Dornei. 5975
Tel. 030/373352

PETEROVICI MEDICAL COMPLEX
B-dul Mihai Viteazul 52A
Sibiu, 2400
Tel. 069/422796

POPOVICI MIHAELA
B-dulBurebistabl.18
Piatra Neamţ, 5600
Tel.033/211989

PRIETENIA R-D SRLA
Calea Timişorii 5
Lipova, 2875
Tel. 057/561736

RADIOMED VÂLCEANA VICTOR
Jud. Suceava
Vatra Dornei-Şarul Dornei
Tel. 030/374171

RAPID CONSULT SRL
Str.Victor Babeş 9
Arad, 2900
Tel. 057/250700

SÂNTE SRL
Str. Ostrovului 25
Buzău, 5100
Tel. 038/413318

SIMIAVSCHI CARMEN
Str. Trandafirilor 3
Câmpulung Moldovenesc, 5950
Tel. 030/312675

STOICA MIHAI
St. Stadionului 8
Reghin, 4225
Tel. 065/527406

VIŞAN BOLOCAN
St. Slt. Stroescu 32
Strehaia, 1475
Tel. 052/370398

VLASIN **SERGIU**
Str. Plevnei 15
Sighetu Marmaţiei, 9425
Tel. 062/315673

ZAMFIR STELIAN
Str. Mihai Eminescu 22, bl. B 6/3
Buzău, 5500
Tel. 034/113133

CABINETE MEDICINĂ INTERNĂ

ACODRA MED SRL CRAIOVA
Cart. Rovine, bl. D 21, ap. l
Craiova, 1100
Tel. şi fax: 051/163328

ACSA SRL
B-dul Carol I nr. 31
Craiova, 1100
Tel. şi fax: 051/133398 uu 412420

ARDELEANU MIHAI
Str. Ana Ipătescu 6
Suceava, 5800
Tel. 030/217068

BĂCILÂ EMIL
Str. Ştrandului 27 A
Sibiu, 2400
Tel. 069/226480

BENGUŞ FLORENTIN
Str. Dimitrie Cantemir 25
Focşani, 5300
Tel. 037/613180

CAMEN SRL
Cartier Rovine bl. D 21, ap. t
Craiova, 1100
Tel. 051/163328

(ARDIMED SRL
B-dul Unirii 53, parter
Focşani, 5300
Jud Vrancea

(ARDIOVIT-DR. VÂNTU VKGINIA
Slr /orilor 6, bl. T 29
Suceuva, 5800
Jiul Suceava

t KNTAUR MED-DR. CHIRTOC EMILIA
Sli Dimitrie Cantemir 2, bl. P 2
Focşani, 5300
Ici. 0.17/615275

CIOBANCA VASILE PETRU
Slr Dumbrava bl. TCI2 nr. 50
/.nlnii, 4700
'Ici 060/617523

(RKTKANU GABRIELA
Sli l'clru Rareş 64
Suceava, 5800
'Ici 010/226954

DKI MEDENTAL
Sli l'nslorului 4
Kuuireyti
lot. 01/6103996

DENTAMED SRL CLUJ-NAPOCA
Str. Octavian Goga 4
Cluj-Napoca, 3400
Tel. 064/185666

EDON DONIGA
B-dul l Decembrie 1918
Buzău, 5100
Tel. 038/445188

FRATICIU ALEXANDRU
Str. Ştrandului 2
Sibiu, 2400
Tel. 069/246430

GHERASIM STELIAN
Str. Vasile Alecsandri 5
Dorohoi, 6850
Tel. 031/612590

HERMAN ERWIN AF
Str. Abrud 96, bl. 128
Arad, 2900
Tel. 057/259530

INTER-CONSULT SRL
Str. GeorgeCoşbuc31
Lipova, 2875
Tel. 057/561173

MATOSS SRL
P-ţa Mică 3
Arad, 2900
TeL 057/230443

MEDICAL SRL
Str. Muncii 2
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/731341

Nicolas Evrard >cxcx>c>ooooc

MORAR CODRUŢA
Str. Târnavei 35
Târgu Mureş, 4300
Tel. 065/331989

MUNTEANU RADU
Str. Valea Mare 8
Sibiu, 2400
Tel. 069/212258

MUSTAŢĂ NICOLAE
Str. Eftimie Murgu 27
Gravita, 1750
Tel. 055/572060

NOVAC OLTEA
Str. 6 Noiembrie nr. 37, bl. Turn 6
Suceava, 5800
Tel. 030/215758

PARASCHIVESCU LUCIAN
Str. Dunării bl. I 23, se. B, ap. 20, parter
Alexandria, 0700
Tel. 047/325276

POLICLINICA BUNAVESTIRE
Str. Unirii 124
Craiova, 1100
Tel. 051/124078 sau 122396

SOARE AF ALEXANDRIA
Str. Negru Vodă 127 A
Alexandria, 0700
Tel. 047/313049

ŞTEFAN SNC
Str. Mihai Eminescu W. D 5/38
Piatra Neamţ, 5600
Tel. 033/216282

TRELEA GEORGE
Str. 22 Decembrie 53
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/743105

VASKOR MEDICAL SRL
Str. Făgăraşului bl. 23, se. E, ap. 2
Reşiţa, 1700
Tel. şi fax: 055/230023

VUIA MEDICAL SRL
Str. Bârzavei l A
Bocşa
Tel. 055/551630

CABINETE NEUROLOGIE

MEDICFARM SRL
Str. Toamnei bl. 8 D, ap. l
Râmnicu Sărat, 5250
Tel. 038/561801

MIHETIU IOAN
B-dul George Enescu 31, W. T49
Suceava, 5800
Tel. 030/226934

MOISIN LUCIA
Str. Valea Mare 8
Sibiu, 2400
Tel. 069/212258

NEUROSAN SRL
Calea Romanilor 18, bl. 2-4, se. B, ap. 2
Arad, 2900
Tel. 057/217639

NORD MEDICA-MONICA NICULESCU
Culca Griviţei 156, se. D, et. 2, ap. 108
Hucurcşti
Tel. 01/2231906

PATRU GHEORGHE
Str. Moldoveanu 25
Sibiu, 2400
Tel. 069/431438

PEREANU MARCEL
Str. Patrioţilor 7
Sibiu, 2400
Tel. 069/215223

POLICLINICA BUNAVESTIRE
Str. Unirii 124
Craiova, 1100
Tel. 051/124078 sau 122396

RUSU MIRCEA
Str. Petru Rareş 64
Suceava, 5800
Tel. 030/226954

SANA **COMPANY SRL-DR. MIHU**
Aleea Viitorului-Crucea Roşie
Deva, 2700
Tel. 054/226358

CABINETE NEUROPSIfflATRIE

BLŞILÂ ELENA
Str. Simion Bărnuţiu 2/1 (Vilă)
Focţani, 5300
Tel. 037/614512

CONSULT MEDICOM SRL-DR. CRISTUŢ
Slr 22 Decembrie bl. D 2, parter
Deva, 2700
'Ici 054/222235

CORDIS SRL CRAIOVA
Str. Romain Rolland 4
Craiova, 1100
Tel. 051/411650

SANA **COMPANY SRL-DR. GRECC**
Aleea Viitorului-Crucea Roşie
Deva, 2700
Tel. 054/226358

CABINETE O.R.L.

AKMEDICA SRL-DR. STĂNCULESCU
H dul Corvin bl. 5, ap. 3
Hunedoara, 2750
Ici 054/716287

BĂCILĂ DORA
Str. Moldoveanu 25
Sibiu, 2400
Tel. 069/431438

Nicolas Evrard

BUZOGANY ELENA
Str. A. Şaguna 8 A
Sighişoara, 3050
Tel. 065/772368

CENTRU MEDICAL O.R.L.
Str. Uzinei bl. 15
Sibiu, 2400
Tel. 069/432277

CORDIS SRL CRAIOVA
Str. Romain Rolland 4
Craiova, 1100
Tel. 051/411650

DENTISSIMA SRL-DR. MARCU V.
Str. 22 Decembrie bl. D 2, demisol
Deva, 2700
Tel. 054/226003

DR. MONACU CONSTANTIN-O.R.L.
Str. Roma 44
Bucureşti
Tel. 01/6796903

DUMITRESCU CORNEL ALEXANDRU
Str. Domelor 17
Suceava, 5800
Tel. 030/510620

FRASIN
Str. Aluniş 2
Vatra Dornei, 5975
Tel. 030/371217

M. V. MED-TER IMPEX-DR. MURARIU
Str. Avram lancu 5
Petroşani, 2675
Tel. 054/543892

MARIAN VASILE
Str. Republicii 67
Târnăveni, 3225
Tel. 065/440720

MERCHEA NELA
Str. Plevnei 4, bl. B 5
Focşani, 5300
Tel. şi fax: 037/613494

MIHĂILESCU CORNELIU
Str. Sf. Mihail 26
Gura Humorului, 5900
Tel. 030/230646

MUREŞAN LUCIAN
Str. Dumbrava l, cămin TCI
Zalău, 4700
Tel. 060/616192

ORL ACUPUNCTURĂ-DR. GHIBUŞ I.
Str. Petru Maior bl. 800
Reşiţa, 1700
Tel. 055/213832

RÂDULESCU GABRIELA
Str. Valea Mare 8, Sibiu, 2400
Tel. 068/212258

TRUŢĂ IOAN
Str. Stadionului 11, se. C/1
Bacău, 5500
Tel. 034/170816

VÂRGATU VIRGIL
Str. Octavian Goga 29 A
Sibiu, 2400
Tel. 069/445836

VUIA MEDICAL SRL
Str Hârzavei l A
Ilocşa, 1725
Ici. 055/551630

CABINETE OBSTETJUCĂ-GINECOLOGIE

AI'AIIIDEANU OCTAVIAN-PRAXIS
Şti Ion Corvin bl. 5, se. 3, ap. 3
RI->I|;I, 1700
Ici. ţi lax: 055/220646

AVK-SAN-DR. BOLOHAN DINU
Str !• Ilurmuzachi 12
Uadauţi, 5875
Ici OUI/465854

RASIL STOICA
Sos Hucureşti bl. 66/1 D
Ulurgiu, 8375
Ici 046/221624

IIOSTAN MĂDĂLINA
Slr Ana Ipătescu 4. bl. F, ap. 2
Suceava, 5800
Tel 030/210344

CAB. OBSTETRICĂ ŞI GINECOLOGIE
Slr, K Chopin 34
Itmiircşti
Tel 01/6793096

(ABINET GINEC.-DR. CHICA PAUL
Sli l culcrina Teodoroiu 38
SUllna, 0500
Tll, 049/432081

CABINET OBSTETRICA-GINECOLOGIE
Sos. Mihai Bravu 434, Bucureşti
Tel. 01/2222993
Fax: 01/6135396

CADOMEDICA '93 SRL
B-du! Unirii bl. Bl. se. C. ap. l
Buzău, 5100
Tel. 038/435916

CENTRUL MEDICAL DR. HOMEAG ION, Str. Eugen iu Carada
(fostă lalomicioarei) nr. 4
Craiova, 1100
Tel. 051/134195

CORDIS SRL CRAIOVA
Str. Romain Rolland 4
Craiova, 1100
Tel. 051/411650

CREŢU CRISTIAN
Str. Armeană 3, Botoşani, 6800
Tel. 031/534322

CRISTEA GHEORGHE
Str. Petru Rareş l A
Rădăuţi, 5875
Tel. 030/462214

If

Nicolas Evrard

>CXCXIXIXDOO<>C:

DR. PARVAN ANGELICA
Str. Dunării bl. 1614, se. A, ap. l
Alexandria, 0700
Tel. 047/314030

DRÂGOI DUMITRU
B-dul George Enescu 11
Suceava, 5800
Tel. 030/221485

FLOAREA VIRGILIU
Str. Bagdazar 2
Drăgăşani, 0900
Tel. 050/812201

GENESIUM CO
Str. Dionisie Linţia l
Timişoara, 1900
Tel. 056/197070

GINCAG SRL
Str. Zorilor 8, bl. C 22, se. B, ap. 4
Braşov, 2200
Tel. 068/185152

GINECONSULT SRL
Str. Prutului 32 A
Buzău, 5100
Tel. 038/720055

GYNE G SRL
Str. Brăilei 5
Focşani, 5300
Tel. 037/613626

GYNESAN SRL
Str. Mioriţei bl. A 9, ap. 2
Bu/ău, 5100
Tel. 038/445590

IDEAL-MED&CO SRL
Str. Mihai Viteazul 35
Caransebeş. 1650
Tel. 055/512606

INTRADEX SRL-DR. CEUCĂ M.
Str. Ion Creangă 9/22
Hunedoara, 2750
Tel. 054/722769

IONESCU IORDANA
Str. Libertăţii 202, bl. 329, ap. 7
Alexandria, 0700
Tel. 047/311395

IOVAN IOAN
Str. Nicolae Titulescu 35
Bacău, 5500
Tel. 034/171031

LARION MEDICUS
Str. Cuza Vodă 2A
Fălticeni, 5750
Tel. 030/444549

M AND M CONSULT SRL
B-dul T. Viadimirescu 167
Dr. Tr. Severin, 1500
Jud. Mehedinţi

MARCU TIBERIU
Str. Gorăslau l
Sibiu, 2400
Tel. 069/422123

MEDICAL GISANA IMPEX SRL
Str. Greva de la Griviţa 3 bis/1
Focşani, 5300
Tel. 037/626727

MKDICAL PREST SRL REŞIŢA
l>-ţa l Decembrie 1918 nr. 36/1
Kcşiţa, 1700
Ici. 055/214333

MERTICARIU ILIE
Str. Petru Rareş 64
Suceava, 5800
Tel. 030/226954

MITEA DĂNILÂ
Str. Valea Mare 8
Sibiu, 2400
'Ici 069/212258

MOTOCU VASILE
Str. Ştrandului 25
Sibiu, 2400
Tel. 069/225500

OM KG A GENESIS SRL
II dul Unirii bl. L 2, parter
Mu/JUi, 5100
Ici 038/446547

I'INTILIE VALERIAN
Str Samoil Isopescu 28, ap. l
Suceava, 5800
'Ici. 030/214741

l'l 11CAR MIOARA
Culca Transilvaniei 44
Câmpulung Moldovenesc, 5950
'Ici 030312733

I'KKLIPCEANU RODICA
Sli. Schitului 2
Vnlrn Dornei, 5975
Tel. 030/372855

RANCEA DANIELA
Str. G-ral Praporgescu 4-6
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/730172

ROTARU FLORIN
Str. Veronica Miele 4
Suceava, 5800
Tel. 030/520857

STOICHIŢĂ MARCEL
Str. Moldoveana 25
Sibiu, 2400
Tel. 069/431438

TÂRŞIA EUGEN
Str. Gorăslau l
Sibiu, 2400
Tel. 069/42212J

UDREA GEORGETA
Str. Samoil Isopescu 14 A
Suceava, 5800
Tel. 030/21425]

VONICA ILIE
Str. Moldoveanu 25
Sibiu, 2400
Tel. 069/431438

VUIA MEDICAL SRL
Str. Bârzavei l A
Bocşa, 1725
Tel. 055/551630

WALACHIA SRL-CAB. MEDICAL
Str. Alexandru Macedonski 31
Craiova, 1100
Tel. 051/132103

Nicolas Evrard

CABINETE OFTALMOLOGIE

AMA OPTIMPEX SRL
Str. Toamnei 54
Bucureşti
Tel. 01/6103647

BOERU LAURA
Str. Mihai Viteazul 27
Suceava, 5800
Tel. 030/521058

BUTA CORNELIA IOANA
Str. VictorBabeş21
Târnăveni, 3225
Tel. 065/440703

BUZDUGAN AUGUSTA MARGARETA
Str. Republicii 14
Târnăveni, 3225
Tel. 065/440772

CABINET MEDICAL
B-dul Revoluţiei 13, Complex Dunărea
Dr. Tr. Severin, 1500
Tel. 052/316659

CABINET OFTALMOLOGIE
Str. Ciprian Porumbescu 4
Bucureşti
Tel. 01/6502690

CENTRUL MEDICAL DR. STĂNILĂ
Str. G-ral Maghcru 10
Sibiu, 2400
Tel. 069/436480

CIOBANU VERONICA
Str. 6 Noiembrie 37
Suceava, 5800
Tel. 030/215758

FERMEŞANU VIORICA
Str. Al. Vlahuţă 2/1
Focşani, 5300
Tel. 037/231784
Fax: 037/622658

GHENOIU ROXANA
Str. Lipscani 16, Craiova, 1100
Tel. 051/416966

HIPPOCRATES SRL-OFTALMOLOGIE
Str. Bucureşti bl. 7/300, et. l, ap. 2
Giurgiu, 8375
Tel. 046/214106

IOANITESCU CONSTANTIN
Str. Gr. Procopiu 9
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/748945

INELCO SRL-DR. POPESCU L.
Str. Ana Ipătescu bl. J
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/733745

IONESCU POENARU DORIN
Str. Vasile Goldiş bl. 8
Alba lulia, 2500
Tel. 058/822595

KF.KESTES EMESE
Si r. Valea Mare 8
Sibiu, 2400
Ici. 069/212258

M. V. MED-TER IMPEX-DR. MURARIU
Str. Avram lancu 5
Petroşani, 2675
Toi. 054/543892

NIŢKSCU PAUL MIRCEA
II du l l Decembrie 1918nr. 132/3
l Argu Mureş, 4300
lot. 065/160768

OCULUS SRL
Str. Ilorilor 24/3B
Miercurea Ciuc, 4100
l d Or.6/171060

OKTALMO RADU CONTACT IMPEX SRL
Sli Alexandru Vlahuţă 18/4
l'ocymii 5300
tel 037/616980

OH A MED **SRL**
Sli I'uris2
Arid, 2900
Ici. 057/281043

OFTAPRO
H-clul l'ache Protopopescu 56
Bucureşti
rol. 01/2505201

ONIX COM SRL CRAIOVA
Ciloa Bucureşti, bl. M 11, ap. 6
C'niovH, 1100
Tel. 051/416207

OPTI-MEC-FIN
TRĂISTARU & DUDU
Str. Unirii 80
Craiova, 1100
Tel. şi fax: 051/418241

OPTICA OPTO FARM
Str. Poştei 3
Târgu Mureş, 4300
Tel 065/212304

OPTICOM 2000 SRL BUCUREŞTI
Str. Zăgazului 18B. Bucureşti
Tel. şi fax: 01/2204123

PHAKOS SRL
Str. Mihai Eminescu l
Miercurea Ciuc, 4100
Tel. 066/116403

POLICLINICA BUNAVESTIRE
Str. Unirii 124
Craiova. 1100
Tel. 051/124078 sau 122396

POVISRL
Str. Smârdan bl. T 10, se. C, ap. 7
Dr. Tr. Severin, 1500
Tel. 052/317106

PUŞKAŞ SEBESI CLARA
Str. înfrăţirii 12/12
Târgu Mureş, 4300
Tel. 065/146052

QUINT FELICIA
Str. Al. I. Cuza 24
Reşiţa, 1700
Tel. 055/216643

RO-OPTIC SRL CRAIOVA
Str. Lipscani 16
Craiova, 1100
Tel. 051/416966

SOVER IMPEX ROMÂNIA SRL
Str. Moeciu 20-22
Bucureşti
Tel. şi fax: 01/2321458
Fax: 01/2305192

STANESCU ILINCA-MEDIC PRIMAR
Str. Dunării bl. 406, ap. l
Alexandria, 0700
Tel. 047/322321

STĂNILĂ ADRIANA
Str. G-ral Magheru 30
Sibiu, 2400
Tel. 069/236480

VLAD GHEORGHE
Str. Matei Millo 19
Sibiu, 2400
Tel. 069/427225

CABINETE
OFTALMOLOGIE-PROTEZE OCULARE

PROTETICĂ OFTALMOLOCICĂ
Str. Plantelor 27. Bucureşti, sector 2
Tel. 01/6158619
Fax: 01/3238954

CABINETE ORTOPEDIE

APROMED SRL
Str. Calomfirescu 100
Dr. Tr. Severin, 1500
Jud. Mehedinţi

LASZLO GAROR
Str Chipeş 15/16
Odorheiu Secuiesc, 4150
Tel. 066/213208

NADIU LUCIAN
Str. Paltinu 14
Sibiu, 2400
Tel. 069/446624

NAGY GHEORGHE
Str. Simion Bărnuţiu bl. B 21, ap. 3
Zalău. 4700
Tel. 060/611719

Cartea Sănătăţii

POLICLINICA BUNAVESTIRE
Str Unirii 124
Craiova, 1100
Ici. 051/124078 sau 122396

CABINETE PEDIATRIE

ALVIADE SRL
Sli II Lipatti30
Slatina, 0500
Ici 049/422760

RACILĂ MEDIMPEX SRL-DR. BĂCILA
Sli Pflcii22
Peliosani, 2675
lei OM/543075

BOCIIIŞ AUREL
Sli Carpaţi 2, bl. 2, se. 6, ap. 9
Petroşani, 2675
Ici 054/541818

CABINET DR. MANGEA
Alccn Tineretului bl. 3, ap. 12
Rcjiţa, 1700
'Ici 055228228

CABINET MEDICAL
B-dul Revoluţiei 13, Complex Dunărea
Or Tr Scverin, 1500
Tel 052/116659

CABINKT MEDICAL INDEPENDENT
p |n r.iuuic 2
Dr Ir Soverin, 1500
Ici (C12/JI2072

COCOI DĂNUŢ
B-dul Republicii
Bistriţa, 4400
Tel. 063/222790

CONSULT-DR. GROSU
Str. Aviatorilor 62, parter
Petroşani, 2675
Jud. Hunedoara

CRISTEA MIHAI
Str. Valea Mare 8, Sibiu, 2400
Tel. 069/212258

FARCAŞIU LIVIA MIHAELA
Str. Mihai Viteazul 27
Suceava, 5800
Tel. 030/211831

GALENUS-DR. FÂNTÂNARU EMILIA
Str. 2 Grăniceri 10
Fălticeni, 5750
Tel. 030/445774

GEORGIANA SRL
Str. Făgăraşului 21, se. E, ap. 2
Reşiţa, 1700
Tel. 055/236886

GHERMAN AURELIA
Str. E. Teodoroiu 17
Bistriţa, 4400
Tel. 063/213535

IGNÂTESCU MARIANA
Str. Dragoş Vodă 29
Suceava, 5800
Tel. 030/213372

ISTRATE AURELIAN CORNELIU
Calea Bucovinei 38
Rădăuţi, 5875
Tel. 030/461917

LULAY IOSIF
Str. Rahovei bl. 10
Sibiu, 2400
Tel. 069/423313

MEDICAL '92-DR. CLEPCE RUXANDRA
Str. 22 Decembrie bl. D 2, parter
Deva, 2700
Tel. 054/225860

MEDINFANT-DR. MURARIU GEORGETA
Str. Domelor 38 A
Suceava, 5800
Jud. Suceava

PANMED SRL
Str. Inimii 2
Miercurea C mc, 4100
Tel. 066/116713

SADOVICI MIHAI
Str. Energiei 25
Bacău, 5500
Tel. 034/114215

SEBASERVEX SRL-DR. PĂDURARIU
Str. l Decembrie nr. 57, parter
Petroşani, 2675
Tel. 054/541624

VIRGIL PARAGINĂ SRL FOCŞANI
Str. M. Kogălniceanu 2
Focşani, 5300
Tel 037/616922

VITAN EUGENIA
Str. Moldovei IA
Alba lulia, 2500
Mobil 094639783

CABINETE PSIHIATRIE

AMBULANT PRAXIS SRL
Str Mihai Eminescu 36
Arad, 2900
'Ici. 057/284383

BUŞILÂ ELENA
Str. Cuza Vodă l
Focşani, 5300
Tel. 037/627370

INFOTIN CRAIOVA
Str. Gheorghe Doja 2, et. 3
Crai o va, 1100
Tel. 051/132625

LABORATOR DE SĂNĂTATE **MINTALĂ**
Str. Al. I Cuza 26
Hraşov, 2200
lei 068/412333

MOLDOVAN RADU
Str Valea Mare 8
Sihiu, 2400
l d 069/212258

PSIHOTEST CONSULT FLOREA
Str Rahovei 33
Slhiu, 2400
Ici 069/427412

SONEA EMIL
Str. Bethlem Gabor 20
Aiud, 3325
Tel. 058/862586

ŞTEFĂNESCU LAURENŢIU
Str. 9 Mai nr. 54, se. A
Bacău, 5550
Tel. 034/118575

TALĂU GHEORGHE
Str. Moldoveana 25
Sibiu, 2400
Tel. 069/431438

CABINETE RADIOLOGIE-IMAGISTICA

AKTIN SRL
Slr. Moara de Foc 3 5
Inşi, 6600
l'ol şi fax-032/251716

(IDO DANIEL SNC CRAIOVA
Str. Ştefan cel Mare 63
Craiova, 1100
Tel şi fax: 051/417841

CONSULT MEDICOM SRL-DR. VEBER
Str, 22 Decembrie bl. D 2, parter
Deva, 2700
Tel. 054/222235

PETCU STELIAN
Str. Pasteur 3-5
Cluj-Napoca, 3400
Tel. 064/122905

PNEUMOSAN SRL-DR. MONŢIAT.
Str. Petru Rareş 45
Suceava, 5800
Tel. 030/224927

Nicolas Evrard >cxcx^>oooocx:

CABINETE REUMATOLOGIE

BAYRAKDAR FAROUK
Calea Turzii 11
Cluj-Napoca, 3400
Tel. 064/148819

IEŢCU IOAN
Str. Trandafirilor 12, ap. 6
Suceava, 5800
Tel. 030/216277

SÎRGHI VICTOR
Str. Armoniei I 13, ap. 2
Botoşani, 6800
Tel. 031/518658

VLASE MARINA
Str Ion Creangă 2
Suceava. 5800
Tel. 030/219224

CABINETE TERAPIE

FIZIOMED
Str. 7 Drumuri nr. 16, bl. 36 B, ap. 83
Bucureşti
Tel. 01/3242234

STUDIO PSIHODRAMĂ SRL
Str. A. Mureşanu 35
Arad, 2900
Tel. 057/256142

TĂBARCEA CECILIA AF
Str. Republicii 5A
Vatra Dornei, 5975
Tel. 030/373921

VIRTUS SRL
Str. Zarandului 7
Sebiş, 2825
Tel. 057/420557

CABINETE UROLOGIE

BESTIARIUM SRL-LROLOGIE
Slr. Paris 2
Arad, 2900
Tel. 057/281043

NAXOSIMPEX SRL-DR. BARBURĂ
Str. Sf. Vineri bl. G 50, ap. 14
Zalău, 4700
Tel. 060/616842

OPTIMUS MEDICA SRL BISTRIȚA
Str. G-ral Grigore Bălan bl. 7
IliRtrita, 4400
lei. 063/211060
l'«x: 063/232442

POLICLINICA BUNAVESTIRE
Str. Unirii 124
Crniova, 1100
l H 05 l / l 24078 sau 122396

SAMARITEANASRL
l' |i\ Mare 2
Sibiu, 2400
Tel. 069/216711

STRAUBING-DR. GRIGORE V.
Str. Goranu818
Râmnicu Vâlcea, 1000
Tel. 050/739845

ŞTEFANESCU DAN (UROLOG)
Str. G-ral Grigore Bălan nr. 117
Bistriţa, 4400
Tel. 063/214390/177

,*.

Nicolas Evrard >c>oooooooc

CLASIFICAREA PRINCIPALELOR STAŢIUNI DE ODIHNĂ ŞI CURĂ BALNEARĂ DUPĂ PROFIL

Afecţiuni	Staţiunea in care se tratează afecţiunea respectivă	Staţiuni de odihnă, vacanţă, turism
Afec(iuni ale aparatului locomotor, reumatismale, neurologice periferice, ortopedo-traumatologice	Amara, Balta Albă, Bazna, Băile Felix, Băile Govora, Băile Herculane, Călacea, Calimăneşti-Căciulata, Eforie Nord, Eforie Sud, Geoagiu Băi, Lacu Sărat, Mangalia, Moneasa, Pucioasa, Săcalu, Slănic, Slănic- Moldova, Sovata, Techirghiol, Ţinea, Vatra Dornei, Vata de Jos.	Borşa Breaza Buşteni Cheia Ciivaia Durau Eforie Nord Eforie Sud Izvoarele Jupiter Lacu Roşu Mamaia Mangalia Neptun Păltiniş Poiana Braşov Predeal Satuin Semenic Sinaia Stâna de Vale Venus
Afecţiuni ale aparatului cardio-vascular	Balvanyos, Băile Tuşnad, Borsec, Buziaş, Covasna, Lipova, Vatra Dornei, Vâlcele	
Afecţiuni ginecologice	Amara, Bazna, Băile Felix, Călacea, Eforie Nord, Eforie Sud, Geoagiu Băi, Lacu Sărat, Mangalia, Moneasa, Ocna Sibiului, Sovata, Techirghiol, Ocnele Mari, Pucioasa, Vatra Dornei.	
Afecţiuni ale aparatului respirator	Băile Govora, Băile Olăneşti, Eforie Nord, Eforie Sud, Mangalia, Pucioasa, Slănic, Slănic Moldova, Stâna de Vale.	
Afecţiuni ORL	Băile Govora, Mangalia, Săcelu, Slănic Moldova.	
Afecţiuni endocrine	Borsec, Borta, Lacu Sărat, Stâna de Vale, Vatra Dornei	
Afecţiuni dermatologice	Amara, Balta Albă, Băile Olăneşti, Lacu Sărat, Eforie Nord, Eforie Sus, Mangalia, Techirghiol.	
Afecţiuni ale tubului digestiv şi ale glandelor anexe (hepato-biliare)	Băile Olăneşti, Borsec, Călimăneşti-Căciulata, Covasna, Lipova, Malnaş Băi, Pucioasa, Sinaia, Sângeorz-Băi, Slănic-Moldova, Ţinea, Vatra Dornei, Vâlcele.	
Iloli de nutriţie	Băile Olăneşti, Călimăneşti-Căciulata, Malnaş-Băi, Sângeorz-Băi, Slănic-Moldova, Vâlcele.	
Afrrţiuni ale rinichilor şi i âiloi urinare	Băile Olăneşti, Călimăneşti-Căciulata, Slănic-Moldova.	
Nrvio?r	Ritlvanyoi, Băile Tuşnad, Borsec, Borşa, Breaza, Buşteni, llu/lu|, MimraM, Sinaia, Stâna de Vale, Vata de Jos	
II. .h |>iofeiloimlc	(<llliiiiiif|ll<UUIiil«lu, Ijcn Saial, Sinaia, Pucioasa	

STAŢIUNI DE ODIHNĂ ŞI CURĂ BALNEARĂ

AMARA - Judeţul Ialomiţa

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată pe malul nord-vestic al lacului Amara, la 6 km de Slobozia. Altitudine 30 m.

Clima: continental-temperată de stepă. Temperatura medie anuală 10,3'V.

l[1] actori naturali de cură: apa minerală a lacului Amara: sulfatată, dorursodică, magneziană, bromurată; mineralizare totală 9883 mg %o; nflmolul sapropelic de pe fundul lacului; apa minerală de sondă, sulfuroasă, sul Cutată, bicarbonatată, sodică, magneziană, hipotonă, folosită în cura internă; climatul excitant de stepă.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismele degenerative, abarticulare, posttraumatice), afecţiuni neurologice periferice; al'ccjiuni ginecologice; afecţiuni dermatologice (ca la boli asociate).

l nstalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi cu apă minerală caldă In cadă, băi de nămol, aplicaţii şi împachetări cu nămol; instalaţii pentru fi/.iotcrapie; sală pentru gimnastică medicală; buvete pentru cură internă; plnjfi pentru aero şi helioterapie; instalaţii pentru băi reci şi ungeri cu nămol.

Cfti de acces: cale ferată — gara Slobozia; de aici autobuz până în slu|umc; DN 2C Buzău — Amara— Slobozia; DN 2A (E15) Bucureşti — | uiidnrei — Slobozia apoi DN 2C până în staţiune; DN 21 Brăila—Călăraşi pi in Slobo/ia apoi DN 2C până în staţiune.

Nicolas Evrard >oo<>c>oox>oc

BALTA ALBĂ - Judeţul Buzău

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată pe malul lacului cu acelaşi nume, în plină câmpie, la 63 km de Brăila şi la 22 km de Râmnicu Sărat. Este una din cele mai vechi staţiuni din Bărăgan. Altitudine 30 m.

Clima: continentală. Nebulozitate redusă, precipitaţii puţine.

Factori naturali de cură: apa minerală a lacului clorursodică, sulfatată; mineralizare totală 7383 mg %o; nămolul sapropelic de pe rundul lacului din care se prepară şi produsele Pell-Amar.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismele degenerative, abarticulare, posttraumatice), afecţiuni neurologice periferice; afecţiuni ginecologice; afecţiuni dermatologice.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru aplicaţii calde cu nămol, instalaţii pentru fizioterapie; sală pentru gimnastică medicală; instalaţii pentru aplicaţii cu nămol; băi în lac.

Căi de acces: cale ferată — gara Balta Albă; pe linia Făurei — Tecuci; — gara Râmnicu Sărat pe linia Buzău — Focşani, apoi cu autobuzul până în staţiune; DN 22 Brăila — Râmnicu Sărat; din Brăila şi Râmnicu Sărat curse auto regulate.

BÂLVÂNYOS - Judeţul Covăsita

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată la poalele munţilor Bodoc, într-un parc înconjurat de păduri de fag, la 20 km de Târgu Secuiesc. Altitudine 800-850 m.

Clima: subalpină. Precipitaţii puţine. Nebulozitate redusă. Datorită aşezării sale este ferită de vânturi.

Factori naturali de cură: ape minerale carbogazoase, feruginoase, calcice; mineralizare totală 2440 mg %o; mofete; climat tonic de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului cardiovascular, afecţiuni ale sistemului nervos periferic şi afecţiuni ale aparatului locomotor; nevroze.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală la cadă şi în ba/.ine; instalaţii pentru fizioterapie; instalaţii pentru mofete; ba/in în aer liber cu nprt minerală; ştrand pentru aero şi helioterapie; sanatoriu sc/onicr pcnliu iilci|miii rcumnticc.

»

Căi de acces: cale ferată — gara Târgu Secuiesc; de aici curse regulate de autobuz; DN 21 Braşov — oraşul Oneşti — Tg. Secuiesc, în continuare prin comuna Turia, pe DJ 113 până în staţiune; DN 12 Sf. Gheorghe — Micrcurea-Ciuc prin Bicsad, în continuare DJ 113 până în staţiune.

BAZNA - Judeţul Sibiu

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată între Târnava Mare şi
l Arnava Mică, într-o regiune de dealuri şi coline acoperite cu păduri, plantaţii i U* viţă de vie şi pomi fructiferi, la cea. 18 km de Mediaş. Altitudine 320 m.

Clima: continentală moderată. Temperatura medie anuală 9,5°C. Nebulozitate redusă; vânturi puţine; atmosferă încărcată cu aerosoli tcmpeutici în care predomină iodul, calciul şi esenţele aromate de pădure.

Factori naturali de cură: ape minerale clorursodice, iodurate, bromu** rute, hipotone; mineralizare totală 24885-745571 mg %o (din apa izvoarelor se extrage, prin evaporare, sarea de Bazna, indicată în tratamentul la domiciliu); nămol de origine minerală, adus la suprafaţă de apa izvoarelor; climatul cu efect stimulativ.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismele degenerative, abarticulare, posttraumatice), afecţiuni neurologice periferice; nlecliuni ginecologice.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde, salino-iodurate, In eadă sau în bazine; instalaţii pentru băi cu nămol şi băi în bazine cu apă minerală încălzită; instalaţii pentru fizioterapie; instalaţii pentru aerosoli; s.ilfl gimnastică medicală.

Cai de acces: cale ferată — gara Mediaş; de aici cursă regulată de milohu/.;DN 14Sibiu — Mediaş în continuare prin Blaj el pe D J 142B;DN I4A Mediaş — Târnăveni prin Blăjel, cu derivaţie pe DJ 142 B până în sla|iunc.

BĂILE FELIX- Judeţul Bihor

Staţiune balneoclimaterică permanentă în nord-vestul ţării în câmpia Crişurilor, la 8 km de Oradea, într-o regiune de dealuri şi coline acoperite cu pAduri de stejar şi fag. Altitudine 140 m.

Nicolas Evrard

Clima: blândă cu veri răcoroase, ierni blânde. Temperatura medie anuală 10,5°C. Este ferită de curenţi puternici. Nebulozitate şi precipitaţii reduse.

Factori naturali de cură: ape termale (20-48°C), oligominerale, bicarbonatate, sodice, sulfatate, mineralizare totală 1026 mg %o; nămol sapropelic fosil; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismele degenerative, abarticulare, posttraumatice), afecţiuni neurologice periferice şi centrale; afecţiuni ginecologice.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi la cadă şi în bazine cu apă minerală termală, instalaţii pentru împachetări calde instalaţii pentru tracţiuni vertebrale (elongaţii sub apă); instalaţii pentru fizioterapie; buvete cu apă minerală pentru cura internă; instalaţii pentru inhalaţii şi aerosoli; piscine cu apă minerală termală, acoperite şi în aer liber, pentru aero-helioterapie (deschise tot timpul anului); saună; săli pentru gimnastică medicală. Tratamente cu Gerovital, Pell-Amar, Boicil Forte, Ulcosilvanil (sub supraveghere medicală).

Bazele de tratament funcţionează în cadrul hotelurilor sau sunt legate de acestea prin culoare acoperite, încălzite, permiţând tratamentul balnear în condiţii optime şi în afara sezonului cald.

Căi de acces: avion sau cale ferată până la Oradea. Din Oradea tramvaiele 4 sau 5 până la capăt, de aici autobuzul 14; cale ferată — gara Băile Felix; DN l (E 15) Cluj Napoca -— Oradea, în continuare DN 76 până în staţiune; DN 76 Deva — Beiuş — Băile Felix — Oradea.

BĂILE GOVORA - Judeţul Vâlcea

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată în nord-estul Olteniei, la 18 km de Râmnicu Vâlcea, într-o regiune de dealuri acoperite cu păduri de fag, stejar şi brad. Altitudine 360 m.

Clima: continentală de tranziţie cu influenţe mediteraneene, cu veri răcoroase, prelungite şi ierni blânde. Temperatura medie anuală 9°C. Nebulozitate redusă. Precipitaţii moderate

Factori mitumli de cură: ape minerale clorursodice, iodurate, bromurate, sulluroânc; mmeruli/are totală 2003-159461 mg %o; nămol

mineral extras de la Băile Govora şi nămol sapropelic adus de la staţiunea Ocnele Mari; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni respiratorii şi ORL, afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismele degenerative, abarticulare, posttraumatice), afecţiuni neurologice periferice şi centrale.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu ape minerale iodurate şi sulfuroase; instalaţii pentru împachetări cu nămol cald; instalaţii pentru pneumoterapie; instalaţii pentru electroterapie; sală pentru gimnastică medicală; buvete minerale pentru cura internă; aerosoli; cură de teren dozată pe trasee variate. Sanatoriu pentru copii.

Căi **de** acces: cale ferată— gara Băile Govora, plus autobuz sau gara KAmnicu Vâlcea şi de aici autobuz; DN 7 (El5 Piteşti) — Râmnicu Vâlcea plus DN 67 cu derivaţie (3 km); DN 67 Tg. Jiu — Govora — Râmnicui Vfllcca.

-

BĂILE HERCULANE - Judeţul Caraş-Severin

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată pe valea Cernei la 201 km de Orşova. Altitudine 360 m.

('lima: continentală de tranziţie cu influenţe mediteraneene. Ierni blânde şi veri răcoroase. Temperatura medie anuală 10°C. Vânturi slabe, nebulozitate redusă. Aerionizare negativă ridicată, 2000 i.n./cm^3 cu efecte sedative.

Factori naturali de cură: ape minerale termale (38-60°C), sulfuroase, clonirsodice, calcice, bicarbonatate, clorurosulfate, sodice, magneziene; niincrali/are totală 3166-7426 mg %o; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismele degenerative, abarticulare, posttraumatice), afecţiuni neurologice periferice; MH'licle posttraumatice ale sistemului locomotor etc.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi cu apă minerală termala' la cadă, în bazine şi în piscine în aer liber; instalaţii pentru fizioterapie; instalaţii pentru aerosoli şi inhalaţii cu ape minerale; saună; sală l >entru gimnastică medicală; buvete minerale pentru cura internă. Tratamente cu Ocrovital, Pell-Amar, Boicil Forte şi acupunctura.

Nicolas Evrard

Hotelurile au baze proprii de tratament sau sunt legate prin culoare încălzite permiţând cura balneară în condiţii optime chiar în afara sezonului cald.

Căi de acces: cale ferată — gara Băile Herculane — în continuare autobuz până în staţiune; DN 6 (E94) Drobeta Turnu Severin — Lugoj prin gara Băile Herculane, de aici pe DN 67 D până în staţiune (6 km).

BĂILE OLĂNEŞTI - Judeţul Vâlcea

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată în nord-estul Olteniei, pe valea râului Olăneşti, la 18 km de Râmnicu Vâlcea, înconjurată de coline acoperite de păduri de fag şi stejar. Altitudine 450 m.

Clima: cu influenţe mediteraneene cu ierni blânde şi veri răcoroase. Temperatura medie anuală 9°C. Vânturi slabe. Precipitaţii moderate. Nebulozitate relativ scăzută.

Factori naturali de cură: ape oligominerale slab sulfuroase, hipotone, sulfuroase, clorursodice, calcice, magneziene, bicarbonatate, iodurate, izotone, bromurate; mineralizare totală 2934-17862 mg %o.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale tubului digestiv şi ale glandelor anexe; afecţiuni ale rinichilor şi căilor urinare; boli metabolice (gută, diabet, obezitate); boli alergice, cutanate; afecţiuni respiratorii.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală sulfuroasă, la cadă; instalaţii pentru hidroterapie; instalaţii pentru electroterapie; instalaţii pentru aerosoli şi inhalaţii; sală pentru gimnastică medicală; buvete pentru cură internă cu ape minerale.

Căi de acces: cale ferată — gara Râmnicu Vâlcea şi de aici autobuz până în staţiune; DN 7 (E 15 A) Bucureşti — Sibiu prin gara Râmnicu Vâlcea apoi DN 64 A până în staţiune.

BĂILE TUŞNAD - Judeţul Harghita

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată la poalele masivului vulcanic I Iurghiiii. înlr-o /onă împădurită, la 32 km de Miercurea Ciuc şi la 69 km de 13ra.fm Altitudini: 650 m.

Clima: subalpină. Temperatura medie anuală 6°C. Aer pur, puternic v/.onat, bogat în aerosoli răşinoşi şi ioni negativi. Fiind adăpostită de munţi, iltiţiunca este ferită de vânturi.

Factori naturali de cură: ape minerale bicarbonatate, sodice, calcice, migneziene, clorursodice, feruginoase, carbogazoase; mineralizare totală ? <SS(,-7320mg%o.

(

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului cardiovascular; nevroză ' usienică; afecţiuni tubului digestiv.

\

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi cu ape minerale; mofete; instalaţii pentru fizioterapie; (electro şi hidroterapie); instalaţii pentru m-rosoli şi inhalaţii; sală pentru gimnastică medicală. Piscină acoperită la hotelul Olt; buvete cu apă minerală pentru cură internă; piscină în aer liber cu apă carbogazoasă mezotermală. Tratamente geriatrice.

11 otel ui Tuşnad are bază proprie de tratament—un motiv în plus pentru icuimandarea curei balneare şi în anotimpul rece.

Căi de acces: cale ferată — gara Băile Tuşnad; DN 12 oraşul Sfântu (ilieorghc — Băile Tuşnad — Miercurea Ciuc.

BORSEC - Judeţul Harghita

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată în depresiunea cu acelaşi nume, înconjurată de munţi împăduriţi, la £5 km de Topliţa şi la 60 km de Glu-orghieni. Altitudine 900 m.

Clima: subalpină, cu vânturi slabe. Temperatura medie anuală 5°C. Nebulo/itate redusă vara.

Knctori naturali de cură: ape minerale carbogazoase, bicarbonatate, lodiee, calcice, magneziene; mineralizare totală 4745-7160 mg %o; nămol df liubn, climat sedativ; stimulativ.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale glandelor endocrine; afecţiuni viiseulaie periferice; afecţiuni ale tubului digestiv şi ale glandelor anexe (hcpiilo-biliarc etc.); nevroză astenică.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală eMinoHii/oiisa la cadă sau în bazin acoperit; instalaţii pentru fizioterapie; suin pentru gimnastică medicală; buvete pentru cură intci nrt ni iipe minerale.

Nicolas Evrard

Căi de acces: cale ferată—gara Topliţa, în continuare autobuz; DN 15 Târgu Mureş — Topliţa — Borsec sau DN 12 Gheorghieni — Topliţa, apoi DN 15 până în staţiune.

BORŞA - Judeţul Maramureş

Staţiune climaterică permanentă situată în partea estică a depresiunii Maramureş, mărginită de Munţii Rodnei şi ai Maramureşului, la 89 km de Sighetul Marmaţiei şi la 82 km de Vatra Dornei. Altitudine 850 m.

Clima: de munte; temperatura medie anuală 5,5°C. Aer bogat în ozon. Posibilităţi de odihnă, drumeţie şi de practicare a sporturilor de iarnă fac din staţiunea Borşa un permanent punct de atracţie pentru turiştii de toate vârstele. Telescaun până la cabana Puzdrele (2188m). Teleschi.

Se recomandă pentru nevroză astenică, afecţiuni endocrine şi afecţiuni respiratorii.

Căi de acces: avion până la Baia Mare, de aici cursă locală auto locală; cale ferată—gara Borşa, apoi autobuz până în staţiune; DN 18 din Moldova prin Iacobeni — pasul Prislop sau prin Oaş prin Sighetul Marmaţiei — Moisei. DN 17C din Bistriţa prin Salva-Săcel — Moisei, apoi DN 18 până în staţiune.

BREAZA - Judeţul Prahova

Staţiune climaterică permanentă situată la 6 km nord de Câmpina şi la 6 km sud de Comarnic, într-o zonă de dealuri şi coline acoperite de livezi şi foioase. Altitudine 450-500 m.

Clima: continentală moderată. Temperatura medie anuală 8°C. Staţiunea este ferită de vânturi.

Se recomandă pentru nevroză astenică, stări de debilitate, surmenaj. Izvorul de apă minerală sulfuroasă Cocora de pe dealul Gurga, la 600 m altitudine, este recomandat pentru afecţiuni gastro-intestinale, hepatite etc.

Căi de acces: cale ferată — gara Breaza sau Câmpina (pentru trenuri accelerate); din C'Ampinu curse regulate auto; DN 1 (E 15) Bucureşti — CAmpina— Sinaia, tu ilcrivnţic din Câmpina pe DJ 101.

m

BUŞTENI - Judeţul Prahova

Staţiune climaterică permanentă situată pe valea Prahovei, la poalele nunţilor Caraiman, Jepii Mari şi Jepii Mici, la 8 km de Sinaia şi la 37 km le liraşov. Altitudine 800-900 m.

Clima: subalpină, tonifiantă. Temperatura medie anuală 7°C. slchulozitate moderată. Fiind înconjurată de munţi înalţi şi împăduriţi, ilnjiunea este ferită de vânturi.

Indicaţii terapeutice: nevroză astenică, stări de debilitate, surmenaj, i îl Im rări de creştere.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi de plante şi băi cu Imlc Iu cadă; instalaţii pentru electroterapie.

Condiţii optime pentru petrecerea vacanţelor. Posibilităţi de drumeţii mnnUinc şi de practicare a schiului. Telecabină până la cabana Babele şi de ,u-olo, pe valea lalomiţei până la hotelul Peştera.

('ăi **de** acces: cale ferată — gara Buşteni, DN l (E 1'5).

HIIZ1 AŞ - Judeţul Timiş

Siaţiune balneoclimaterică permanentă situată în lunca joasă a Timişului, l.i n km de Timişoara şi la 25 km de Lugoj. Altitudine 130 m.

Clima: de câmpie, cu caracter de trecere de la cel continental la cel iiu-clitcranean. Primăveri timpurii, toamne lungi, ierni blânde. Temperatura im-ilie anuală 11°C. Vânturi moderate. Precipitaţii reduse.

Factori naturali de cură: ape minerale carbogazoase, feruginoase, bicnrbonatate, clorursodice, hipotone; mineralizare totală 2016-6652 mg %o; molete, climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului cardiovascular, afecţiuni ule sistemului nervos central; nevroze.

l nstalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală cnrrto^ii/ousă, la cadă; instalaţii pentru aerosoli şi inhalaţii; instalaţii pentru li/iokTupie; instalaţii pentru mofete; sală pentru gimnastică medicală; buvete cu upfl minerală pentru cură internă; pergole pentru cură de teren; piscină CU «pfl minerală carboga/oasă şi solariu pentru aero-helioterapie. Tratamente cu Hoicil l"orie.

Nicolas Evrard >cxc>ooc>oocx:

Hoteluri cu bază proprie de tratament, recomandând cura balneară şi în afara sezonului cald.

Căi de acces: cale ferată — gara Buziaş, apoi autobuz (2 km); D J 572 sau DJ 592.

CĂLACEA - Judeţul Timiş

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată la 38 km de Timişoara şi la 35 km de Arad. Altitudine 117 m.

Clima: continentală, moderată, cu influenţe mediteraneene; ierni blânde, veri răcoroase. Temperatura medie anuală 11°C. Precipitaţii reduse.

Factori naturali de cură: ape minerale termale (38-39°C) clorursodice, bicarbonatate, calcice; mineralizare totală 1794 mg %o; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor, afecţiuni ale sistemului nervos periferic; afecţiuni ginecologice.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi cu apă minerală termală la cadă; instalaţii pentru hidroterapie, electroterapie, termoterapie (împachetări cu parafină).

Căi de acces: cale ferată Timişoara—Arad, gara Călacea, apoi autobuz 6 km până în staţiune; DN 69 Timişoara — Arad, apoi derivaţie cea. 11 km pe DJ 693 până în staţiune.

CĂLIMĂNEŞTI-CĂCIULATA - Judeţul Vâlcea

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată pe malul drept al Oltului, în depresiunea subcarpatică Jibelea-Călimăneşti, la 18 km de Râmnicu Vâlcea. Altitudine 260 m.

Clima: continentală blândă, caracteristică depresiunilor subcarpatice. Temperatura medie anuală 10°C. Datorită aşezării sale este ferită de vânturi şi curenţi puternici.

Factori naturali de cură: ape minerale termale (12-49,5°C) şi atermale, sulfuroase, clorursodice, calcice, bicarbonatate, magneziene; mineralizare totală 1258-11421 mg %o; climat de cruţare.

Indicaţii Irrupviiticc: afecţiuni ale tubului digestiv; afecţiuni hepato-biliarc; tifec|iuni itle rinichilor şi căilor urinare; boli de nutriţie şi

metabolism; afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismele degenerative, aharticulare, posttraumatice), afecţiuni neurologice periferice; boli profesionale şi afecţiuni alergice (ca boli asociate).

l nstalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală l,i cadă şi în bazine; instalaţii pentru fizioterapie; instalaţii pentru aerosoli ,i inhalaţii; saună; sală pentru gimnastică medicală; buvete pentru cură iniirnă cu ape minerale; piscine acoperite; ştrand cu apă termală. Tratamente cu (ierovital, Pell-Amar şi Covalitin. Sanatoriu pentru copii.

l lotelurile Oltul, Cozia şi Căciulata legate cu baza de tratament prin culoare acoperite, încălzite, ca şi hotelul Vâlcea cu bază de tratament încorporată în clădire, asigură un tratament eficient, în excelente condiţii şi în ufura sezonului cald.

Căi **de** acces: cale ferată — gara Călimăneşti, de aici autobuz până în staţiune; DN 7 (E 15 A).

CHEIA - Judeţul Prahova

Sta| i une climaterică permanentă situată în depresiunea cu acelaşi nume pe cursul superior al Teleajenului la poalele munţilor Ciucaş şi Zăganu, la •\() km de Braşov şi la 36 km de Vălenii de Munte. Altitudine 870 m.

Clima: subalpină. Veri răcoroase; aer puternic ozonat. Climatul tonic, cu o ioni/are accentuată, are o mare putere terapeutică. Se recomandăîntr-o serie de afecţiuni: astenie, surmenaj fizic şi intelectual; insomnii; anemii; hipertiroidism; convalescenţe cu stare generală bună; debilitate fizică; limfatlsm; astm bronşic (în afara crizelor); catare cronice ale căilor respiratorii superioare; tulburări de creştere.

('fii **de** acces: cale ferată — gara Măneciu pe linia Ploieşti — Vălenii de Munle, apoi autobuz; DN IA.

COVASNA - Judeţul Covasna

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată în depresiunea Breţcu, la K) km de oraşul Sfântu Gheorghe. Altitudine 560 m.

< lima: subalpină cu veri răcoroase şi ierni moderate. Temperatura medie imimlA 7°C. Ferită de vânturi, fiind înconjurată de munţi împăduriţi. Aerul pre/intA <> bogată ioni/are negativă. •>-

Nicolas Evrard

Factori naturali de cură: ape minerale carbogazoase, feruginoase, calcice, hipotone şi hipertone; mofete; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni cardiovasculare; afecţiuni ale tubului digestiv; afecţiuni hepato-biliare.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală instalaţii pentru băi de nămol şi oncţiuni; instalaţii pentru fizioterapie; instalaţii pentru inhaloterapie şi aerosoli; instalaţii pentru mofete; buvete pentru cură internă cu ape minerale; sală pentru gimnastică medicală.

Hotelurile sunt legate cu baza de tratament prin culoare acoperite, încălzite, creând condiţii optime şi pentru cura balneară în afara sezonului cald. Sanatoriu pentru copii.

Căi de acces: cale ferată — gara Covasna; DN 11 Braşov — Tg. Secuiesc până la intersecţia cu comuna Reci, apoi 19 km pe D J 121 sau din Târgu Secuiesc pe D J 121 E, 21 km.

CRIVAIA - Judeţul Caraş-Severin

Staţiune climaterică permanentă situată la poalele munţilor Semenic, pe malul drept al Bârzavei, la coada lacului de acumulare Văliug, la 26 km de Reşiţa. Altitudine 650 m.

Clima: continentală, moderată. Temperatura medie anuală 7,5°C. Bioclimat de cruţare.

Se recomandă pentru nevroză astenică, afecţiuni endocrine; afecţiuni respiratorii.

Ştrand pe malul lacului. Plimbări cu barca. La 3 km telescaun ce urcă în staţiunea Semenic. Posibilităţi de practicare a sporturilor de iarnă.

Căi de acces: cale ferată — gara Reşiţa, apoi cu autobuzul pe D J 582 şi 582 D până în staţiune; şosea modernizată Reşiţa — Văliug (curse regulate de autobuz) — Crivaia (vara curse regulate de autobuz) — circa 25 km.

DURÂU-CEAHLĂU - Judeţul Neamţ

Complex turistic montan, deschis tot timpul anului, situat la o altitudine medie de 800 nt. într-o /onă de mare atracţie turistică, la 5 km de comuna Ceahlău şi In K km de Incul de acumulare I/vorul Muntelui, la poalele

masivului Ceahlău — traversat de poteci turistice şi de numeroase drumuri forestiere. Temperatura medie 10°C.

Clima: subalpină. *Zăpadă* abundentă. Bioclimat tonic cu o ionizare accentuată.

Terenuri de sport şi sală de jocuri mecanice. Pârtii de săniuş şi de schi cu diferite grade de dificultate. Punct de pornire în ascensiuni şi drumeţii.

Căi **de** acces: DN15 (Târgu Mureş — Piatra Neamţ) km 236 cu derivaţie IXI 155 F — 16 km; DN 17 B pe Valea Bistriţei (Vatra Dornei — Poiana Ici 11 lui) cu derivaţie DJ 155F;DN 12C(Gheorghieni — Bicaz) cu derivaţie pe l)N 15. Legătura cu DN 12 este asigurată şi pe drumul forestier Bicaz — cabana Izvorul Muntelui din munţii Ceahlău — Durau.

GEOAGIU-BÂI - Judeţul Hunedoara

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată la 18 km nord de Orăştie, înlr-o /onă deluroasă. Altitudine 350 m.

Clima: continentală moderată, fără vânt şi geruri mari. Temperatura uu-ilic anuală 9,8°C.

Factori naturali de cură: ape minerale alcaline, uşor sulfuroase, bicarbonalatc, magneziene, mezotermale şi termale (29-31,5°C); mineralizare lolnlA l .155-1489 mg %o; nămol de turbă, feruginos; climat sedativ.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice, neurologice periferice); afecţiuni ginecologice; boli de nutriţie şi metabolice; afecţiuni dermatologice.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi cu ape minerale termale în bazine acoperite; instalaţii pentru băi cu ape minerale termale în hn/inc descoperite; instalaţii pentru ungeri cu nămol; instalaţii pentru electrolenipie; buvete cu apă minerală pentru cură internă; solarii pentru aeroheholerapie.

l (otelurile cu bază proprie de tratament asigură o cură balneară în excelente condiţii şi în afara sezonului cald.

Căi de acces: calc ferată - halta Geoagiu sau gara Orăştie pe linia Alhn luha — Deva, de aici curse locale de autobuz; DN 7 Deva -- Orăştie

Nicolas Evrard

— Sebeş (la 3 km de Orăştie derivaţie drum local modernizat 12 km până în staţiune), în sezon, curse regulate de autobuze de la Hunedoara, Deva, Orăştie.

IZVOARELE - Judeţul Maramureş

Staţiune climaterică permanentă pentru odihnă, vacanţe, turism şi sporturi de iarnă. Este situată la poalele munţilor Gutin, pe un podiş cu pante line acoperite de foioase, la 25 km de Baia Mare. Altitudine 910 m.

Clima: subalpină. Temperatura medie anuală 5°C.

Climat tonic, cu o ionizare accentuată şi o mare valoare terapeutică, indicat în tratarea unor afecţiuni ale sistemului nervos, afecţiuni pulmonare şi ale căilor respiratorii, stări de debilitate, surmenaj.

Datorită aşezării, staţiunea Izvoarele oferă multiple posibilităţi de excursii pe poteci marcate sau pe drumuri forestiere în munţii Gutin, în satele maramureşene de pe Valea Marei, Valea Vişeului, Valea Izei. în oraşele Baia Mare şi Sighetul Marmaţiei, Săpânţa, Negreşti-Oaş ş. a. Pantele din apropierea caselor de odihnă precum şi versantul nordic al vârfului Igniş sunt locuri propice pentru practicarea schiului de către începători şi avansaţi.

Căi de acces: cale ferată — gara Baia Mare, apoi cu autobuzul până în staţiune; DJ 183 şi DJ 183 A din Baia Mare prin satul Firiza (25 km).

LACUL ROŞU - Judeţul Harghita

Staţiune climaterică permanentă, aşezată într-o depresiune străjuită de munţii Suhardu Mare şi Suhardu Mic, la 25 km de Gheorghieni. Altitudine 980 m.

Clima: montană. Temperatura medie anuală 5,5°C. Vânturi moderate.

Climat tonic, stimulent, cu o ionizare accentuată este indicat în tratamentul nevrozei astenice, surmenaj, convalescenţe cu stare generală bună, hipertiroidie, tulburări de creştere.

Se recomandă şi pentru odihnă, vacanţe, turism.

Căi de acces: cale ferată — gara Gheorghieni, apoi autobuz (25 km); DN 12 Miercurea Ciuc — Gheorghieni sau Topliţa — Gheorghieni, apoi DN 12 C pfmA în slHliune; DN 12 Bicaz —Lacul Roşu; DN 13 Sovata — Gheorghiem t l)N l.'. pai»A în staţiune.

LACU SĂRAT - Judeţul Brăila

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată în nord-vestul câmpiei l Ifirftganului, pe malul lacului cu acelaşi nume, la 9 km de Brăila de care este legată printr-o linie de tramvai. Altitudine 25 m.

Clima: continentală, de stepă. Temperatura medie anuală 11, l °C. Durata medie anuală de strălucire a soarelui circa 2 200 ore, în luna iulie înregistrân-ilu-se în medie mai mult de 320 ore.

Factori naturali de cură: apa minerală a lacului, sulfatată, clorursodică, mngne/.ianã; mineralizare totală 83955 mg %o; nămol sapropelic; climat excitant.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni ginecologice; afecţiuni dermatologice; afecţiuni endocrine; boli profesionale.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi cu apă minerală la ciulă; instalaţii pentru aplicaţii calde cu nămol; instalaţii pentru fizioterapie; •Aii pentru gimnastică medicală; oncţiuni cu nămol; băi în lac; amenajări pentru lielioterapie.

Căi de acces: cale ferată - gara Brăila de aici tramvai până în staţiune; 1)N 21 Slobozia — Lacu Sărat — Brăila; DN 2 B Buzău — Brăila sau
(iulaţi — Brăila; DN 22 Râmnicu Sărat — Brăila; DJ 204 apoi DJ 202 rocşani — Brăila.

UPOVA - Judeţul Arad

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată în lunca Mureşului, la 2 km de oraşul Lipova şi la 33 km de Arad, într-o zonă de coline acoperite cu pftduri de stejar. Altitudine 135 m.

Clima: continentală, cu influenţe mediteraneene. Temperatura medie niuialA 10,5°C. Nebulozitate redusă. Primăvară timpurie, toamnă târzie. Este leritfl de vânturi puternice.

Factori naturali de cură: ape minerale carbogazoase, feruginoase, hiuirhotuitalc, calcicc, sodice, magneziene; hipotone; mineralizare totală •HW7-5529 mg ‰; climat de cruţare.

Nicolas Evrard

Indicaţii terapeutice: afecţiuni cardiovasculare; afecţiuni ale tubului digestiv şi ale glandelor anexe (hepato-biliare).

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală; bazin cu apă minerală pentru băi reci; sală pentru gimnastică medicală; instalaţii pentru fizioterapie; buvete cu apă minerală pentru cură internă; solarii pentru aero şi helioterapie.

Căi de acces: cale ferată - gara Radna, pe linia Bucureşti — Arad, apoi autobuz sau gara Lipova pe linia Timişoara—Radna, DN 7 Arad — Lipova sau Deva—Lipova D J 682 Făget-Lipova; DJ 691 Timişoara — Lipova. Pe traseul Arad — Lipova curse regulate de autobuz şi tren electric local.

MALNAŞ BAI - Judeţul Covasna

Staţiune balneoclimaterică sezonieră, situată într-o poziţie pitorească, în mijlocul pădurilor de fag şi stejar ale munţilor Baraolt, la 22 km de oraşul Sfântu Gheorghe. Altitudine 500 m.

Clima: subalpină. Temperatura medie anuală 7°C.

Factori naturali de cură: ape minerale carbogazoase, sodice, calcice, magneziene, bicarbonatate; mineralizare totală 10894-27622 mg %o; mofete; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale tubului digestiv şi ale glandelor anexe (hepato-biliare etc.); boli de nutriţie şi metabolism; afecţiuni cardio-vasculare.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală; instalaţii pentru mofete; buvete cu apă minerală pentru cură internă; bazin cu apă în aer liber.

Sanatoriu pentru copii.

Căi de acces: cale ferală - gara Malnaş pe linia Braşov — Sfântu Gheorghe — Malnaş sau Miercurea Ciuc — Malnaş; DN 12; DJ 122 Baraolt — Malnaş; DJ 113 Târgu Secuiesc — Bixad — Malnaş.

MONEASA - Judeţul Arad

Staţiune balneoclimaterică permanentă situată la poalele masivului Codru Momn (mim|ii Apuseni), într-o vale înconjurată de dealuri împădurite (la 18 km do Schiul In 101 km de Arad). Altitudine 290 m.

Clima: continentală, cu influenţe mediteraneene, cu ierni blânde şi veri răcoroase. Temperatura medie anuală 9,5°C.

Factori naturali de cură: ape minerale, bicarbonatate, calcice, sodice, mngncziene, hipotone, mezotermale (24-32°C); mineralizare totală 233-274 mg; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni neurologici- periferice şi centrale; afecţiuni ginecologice; nevroze astenice.

l nstalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală la ciulă şi bazine; instalaţii pentru electroterapie; sală pentru gimnastică medicală; bazine cu apă minerală mezotermală în aer liber; ştrand pentru aeio şi helioterapie.

Căi de acces: cale ferată - gara Sebiş pe linia Arad — Ineu, de aici .iniobu/ până în staţiune sau gara Arad, apoi autobuz până în staţiune; DJ /(*M* i I).l 792 + DJ 792 B Arad — Ineu — Sebiş — Moneasa (101 km); DN /') A Cliişineu-Criş — Sebiş apoi DJ 792 B până în staţiune; DN 76 + DN /') A •* DJ 792 B Brad — Vârfurile — Sebiş spre Moneasa.

OCNA SIBIULUI - Judeţul Sibiu

Sla|iime balneoclimaterică permanentă, situată într-o regiune împrejmuită de dealuri acoperite cu păduri întinse de stejari la 18 km de Sibiu. Altitudine 410 m.

(lima: continentală moderată de depresiune intracolinară. Temperatura medie anuală 8,8°C. Staţiunea este ferită de vânturi. O parte din lacurile s|n|iinii sunt vechi exploatări de sare din timpul romanilor, azi întrebuinţate In scopuri curative.

Factori naturali de cură: apa minerală clorursodică a lacurilor hclioterme; mineralizare totală 21667-230185 mg ‰; apa clorursodică uşor hicai bonatată a izvorului Horia, întrebuinţată în cura internă; nămol sapropelic Inşii; climatul de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni neurologice periferice şi centrale; afecţiuni ginecologice.

Nicolas Evrard

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală sărată concentrată, la cadă şi bazine; instalaţii pentru fizioterapie; instalaţii pentru inhalaţii şi aerosoli; sală pentru gimnastică medicală; instalaţii pentru ungeri cu nămol; băi în lac; ştrand pentru aero-helioterapie.

Căi de acces: cale ferată - gara Ocna Sibiului pe linia Sibiu — Copşa Mică; DN1 — DN7 (E 15 A) Râmnicu Vâlcea — Sibiu — Sebeş apoi D J 106 B până în staţiune. Curse regulate de autobuz între Sibiu şi Ocna Sibiului.

OCNELE MARI - Judeţul Vâlcea

Staţiune balneoclimaterică sezonieră, situată între coline împădurite, la cea. 8 km de Râmnicu Vâlcea. Altitudine 310 m.

Clima: continentală moderată de depresiune intracolinară. Temperatura medie anuală 9,5°C.

Factori naturali de cură: apa minerală clorursodică a lacului helioterm, cândva fund de ocnă, cu o mare concentraţie de săruri; nămol sapropelic fosil; climatul de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni ale sistemului nervos periferic; afecţiuni ginecologice.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă din lac; instalaţii pentru împachetări calde cu nămol; instalaţii pentru ungeri cu nămol şi băi în lac; ştrand pentru aero-helioterapie.

Căi de acces: cale ferată - gara Râmnicu Vâlcea pe linia Sibiu — Piatra Olt, apoi cu autobuzul până în staţiune. DN 7 (E 15 A), Sibiu — Râmnicu Vâlcea — Piteşti; DN 64 Piatra Olt — Râmnicu Vâlcea; DN 67 Târgu Jiu — Râmnicu Vâlcea. Curse regulate de autobuz din Râmnicu Vâlcea.

PĂLTINIŞ - Judeţul Sibiu

Staţiune climaterică permanentă din munţii Cibinului, situată la cea mai mare altitudine din ţară. 32 km de Sibiu. Altitudine 1440-1450 m.

Clima: alpină. Temperatura medie anuală 4°C. Vânturi cu viteză moderată. Zăpadă abundentă.

Climat cu ioni/arc accentuată, cu efecte bune asupra sănătăţii; calmant al sistemului ncrvon, tonifiant general al organismului, stimulent al organelor

hematopoetice (anemii) şi al aparatului respirator (după afecţiuni pleuropulmonure), tulburări de creştere. Staţiunea trebuie evitată de cei cu nevroze accentuate, afecţiuni gastrointestinale avansate, pneumotorax terapeutic.

Condiţii optime pentru petrecerea vacanţelor. Se recomandă pentru odihnă şi turism.

Posibilităţi de practicare a schiului pentru începători şi avansaţi. Dotată cu telescaun şi teleschi.

Căi de acces: cale ferată - gara Sibiu apoi cu autobuzul până în staţiune; l >N l - DN7 (E 15 A), DN 14 până la Sibiu, apoi DJ 106 A prin comuna Kflşiiinri până la Păltiniş.

POIANA BRAŞOV- Judeţul Braşov

Staţiune climaterică permanentă. Situată la poalele munţilor Postăvaru, la l \ km de Braşov. Altitudine 1020 m.

Clima: subalpină cu ionizare accentuată. Temperatura medie anuală 3"(Statul de zăpadă în timpul iernii atinge grosimi de 40-60 cm.

Factori naturali de cură: climat cu efect tonifiant şi excitant. Vara radiaţii solare intense şi bogate în raze ultraviolete, aer puternic ozonat.

('ondiţii optime pentru petrecerea vacanţelor. Staţiunea se recomandă pentru odihnă şi turism.

l)otată cu o modernă bază de cazare şi alimentaţie publică, dispunând de largi posibilităţi de agrement a vacanţelor: telecabine, telescaune, teleschi, lelebabischi, piscine (acoperite şi descoperite), patinoar artificial, terenuri de spori, ambarcaţiuni nautice. Pârtii de schi cu diferite grade de dificultate, l'/iilie iluminată.

Cfli de acces: cale ferată - gara Braşov, apoi cu autobuzul până în Nla|iunc; DN1 (E 15), DN1 A, DN 11, DN 13, DN 73 şi orice rută până la Hrasov, apoi drum asfaltat până în staţiune.

PREDEAL- Judeţul Braşov

Staţiune climaterică permanentă. Situată în zona izvoarelor Prahovei şi timişului, la 25 km de Braşov, străjuită de înălţimile Bucegilor, Pietrei j, l'ostnvarului şi Clăbucctului. Altitudine 1060-1110 m.

Clima: subalpină. Temperatura medie anuală 5°C. Nebulozitate moderată, luminozitate mare. Vânturi în general slabe. Bioclimat tonic cu o ionizare accentuată.

Se recomandă în afecţiuni endocrine, nevroză astenică, surmenaj, tulburări de creştere.

Condiţii optime pentru petrecerea vacanţelor. Se recomandă pentru odihnă şi turism.

Dotată cu telescaun, teleschi, piscină acoperită, saună, patinoar, pârtii de schi cu diferite grade de dificultate, pârtie iluminată. Important punct de plecare în excursii.

Căi de acces: cale ferată - gara Predeal; DN1 (E 15), DN 73 A Râşnov — Predeal.

PUCIOASA - Judeţul Dâmboviţa

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată pe valea râului Ialomiţa, într-o zonă de dealuri şi coline împădurite, la 21 km de Târgovişte. Altitudine 350-400 m.

Clima: continentală de coline. Temperatura medie anuală 9°C. Veri răcoroase, nebulozitate redusă vara.

Factori naturali de cură: ape minerale, sulfuroase, sulfatate, bicarbonatate, calcice, clorurate, sodice; mineralizare totală 2681 -2992 mg ‰; nămol mineral; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni ale căilor respiratorii superioare; afecţiuni ale sistemului nervos periferic şi vascular periferic; afecţiuni ale căilor biliare şi renale; afecţiuni ginecologice; afecţiuni dermatologice; unele boli profesionale.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală, la cadă şi în bazin; instalaţii pentru împachetări cu nămol cald; instalaţii pentru inhalaţii şi aerosoli cu apă sulfuroasă; instalaţii pentru hidroterapie şi elcctroterapic; snli pentru gimnastică medicală, recuperare şi readaptare medicală.

Căi de acces: cale ferată - gara Pucioasa pe linia Titu — Fieni — Pictroşiţa; DN 71. între Pucioasa — Târgovişte curse regulate de autobuz.

SĂCELU- Judeţul Gorj

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată într-o depresiune străjuită de dealuri subcarpatice, la 32 km de Târgu Jiu. Altitudine 340 m.

(lima: continentală moderată. Temperatura medie anuală 9°C. Poziţia MI la poalele masivului Parâng o apără de curenţi, conferindu-i şi un climat uvonfbrtant.

Factori naturali de cură: ape minerale clorursodice, iodurate, bromu-talc, calcice, magneziene, sulfuroase; nămol terapeutic; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni ginecologice, afecţiuni ORL.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală IN eiulrt; instalaţii pentru ungeri cu nămol; instalaţii pentru fizioterapie; buvete pentru cura internă cu apă minerală; ungeri cu nămol şi băi în lac (vara); ylrmul pentru aero şi helioterapie.

CAi de acces: cale ferată - gara Cărbuneşti sau gara Târgu Jiu, apoi cu .iiilohu/iil până în staţiune; DN 67, cu derivaţie 7 km pe DJ 661; curse i emulate de autobuz de la Târgu Jiu şi Cărbuneşti până în staţiune.

S

SKMENIC- Judeţul Caraş-Severin

Staţiune climaterică permanentă, situată pe largul platou al masivului M-im-nic, la 33 km de Reşiţa. Altitudine 1400 m.

Clima: continentală moderată cu influenţe mediteraneene, ferită de ciuturi. Temperatura medie anuală 9,5°C. Zăpadă abundentă 5-6 luni pe in, permiţând practicarea schiului din noiembrie până în aprilie. Telescaun, whJNchi, telcschi. Punct de pornire în ascensiuni.

Condiţii optime pentru petrecerea vacanţelor. Staţiunea se recomandă vnlru culilin.1 şi turism.

Nicolas Evrard

Vile şi hoteluri elegante oferă turiştilor un sejur plăcut în toate anotimpurile.

Căi de acces: cale ferată - gara Reşiţa, apoi cu autobuzul până în staţiune, DN 58 sau DN 58 B până la Reşiţa, apoi cu DJ 582 Reşiţa — Văliug — Semenic (cea. 33 km) sau DJ 582 Reşiţa — Văliug (cursă de autobuz) şi de aici cu telefericul până în staţiune (circa 35 de minute). Vara cursă regulată de autobuz Reşiţa — Semenic.

SINAIA - Judeţul Prahova

Staţiune climaterică permanentă, situată pe valea Prahovei, la poalele Bucegilor, la 126 km de Bucureşti şi la 45 km de Braşov. Altitudine 800-1000 m.

Clima: subalpină cu aer puternic ozonat, fără vânturi puternice, răcoroasă vara. Temperatura medie anuală 6°C. Ierni blânde cu zăpezi abundente.

Factori naturali de cură: climat tonifiant, cu ionizare accentuată; ape minerale hipotone, bicarbonatate, calcice, magneziene, sulfuroase, cu urme de iod, brom, litiu, fier.

Indicaţii terapeutice: nevroză astenică, afecţiuni ale tubului digestiv; boli profesionale; boli endocrine.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru cura internă cu ape minerale; instalaţii pentru aerosoli şi inhalaţii; instalaţii pentru electro şi hidroterapie; sală de gimnastică medicală.

„Perla Carpaţilor" dispune de o diversitate de forme de cazare. Dotarea materială de înalt nivel cât şi cadrul natural fac ca staţiunea să fie mult îndrăgită de turişti în orice anotimp. Condiţii din cele mai bune pentru vacanţe, odihnă, sporturi de iarnă şi turism.

Din Sinaia până la cota 2000 — telecabine; între Cota 1500-2000 funcţionează şi telescaun. Pârtii de bob şi schi pentru începători şi avansaţi. Şcoală de schi. Posibilităţi multiple de excursii de pe platoul Bucegilor.

Căi de accci: cnlr ferntfl - gara Sinaia; DN l (E 15); DN 71.

SÂNGEORZ-BĂI - Judeţul Bistrita-Năsăud

Staţiune balneoclimaterică permanentă, aşezată la poalele munţilor Kodna, la 53 km de Bistriţa. Altitudine 435 m.

Clima: continentală de coline. Temperatura medie anuală 8°C. Vânturi slabe.

Factori naturali de cură: ape minerale, bicarbonatate, clorursodice, calcice, magneziene, slab feruginoase, carbogazoase; mineralizare totală K[1]) 11 -12231 mg %o; aici se îmbuteliază apa minerală „Hebe"; nămol mineral; r 11 mat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale tubului digestiv; afecţiuni hepato-biliare; boli de nutriţie şi metabolice.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală In cada; instalaţii pentru aplicaţii calde cu nămol şi parafină; instalaţii pentru li/iolcrapie; săli pentru gimnastică medicală; buvete cu apă minerală pentru Cili a internă.

l lotelul Hebe are bază proprie de tratament permiţând cura balneară în Cornii) i i excelente şi în afara sezonului cald.

Căi de acces: cale ferată - gara Sângiorz-Băi pe linia Năsăud — Vatra Dornei; DN 17 C până la Năsăud, apoi DJ 172 B sau DN 17 D până în slujiunc; DJ 172 prin Rodna. Curse de autobuz din Bistriţa.

SLĂNIC - Judeţul Prahova

Sl;i|iunc balneoclimaterică permanentă, pe valea Slănicului la 34 km de Ploieşti, într-o regiune de coline (multe formate din sare gemă), cu păduri de stejar. Altitudine 410 m.

Clima: continentală de coline. Temperatura medie anuală 9°C. Veri răcoroase, ierni relativ blânde.

Factori naturali de cură: ape minerale sodice, sulfatate şi puternic calcice; mineralizare totală 66751-221419 mg %o; nămol sapropelic; climat de cruţare; mină de sare folosită în scop terapeutic.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumaticc); afecţiuni ncuro-

logice periferice; afecţiuni ginecologice; afecţiuni respiratorii; afecţiuni dermatologice.

Instalaţii pentru tratament: băi calde cu apă minerală la cadă; instalaţii pentru aplicaţii calde cu nămol, ungeri cu nămol şi băi în lacurile sărate; amenajări pentru tratamentul afecţiunilor respiratorii în microclimatul de salină; instalaţii pentru electroterapie; ştrand pentru aero şi helioterapie.

Căi de acces: cale ferată - gara Slănic; DN l A Ploieşti — Braşov până la Gura Vitioarei sau Teişani apoi, derivaţie D J 102 G până în staţiune.

SLĂNIC-MOLDOVA - Judeţul Bacău

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată la 18 km de Târgu Ocna, pe valea râului Slănic, înconjurată de munţi împăduriţi. Altitudine 530 m.

Clima: continentală de trecere între cea de coline şi cea subalpină. Temperatura medie anuală 7,4°C. Ferită de vând datorită poziţiei sale într-o depresiune montană. Aer bogat în aerosoli răşinoşi şi ioni negativi.

Factori naturali de cură: ape minerale de diferite concentraţii cloruro-bicarbonatate sodice, carbogazoase, uşor sulfuroase; mineralizare totală 4002-251557 mg %o; microclimat de salină; climat sedativ de cruţare; mofetă.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale tubului digestiv şi ale glandelor anexe; afecţiuni hepato-biliare; afecţiuni respiratorii; afecţiuni ORL; boli de nutriţie şi metabolism; afecţiuni ale rinichilor şi căilor urinare; afecţiuni neurologice periferice; afecţiuni posttraumatice.

Instalaţii pentru tratament: băi calde cu apă minerală la cadă; instalaţii pentru terapie respiratorie; sanatoriu subteran cu microclimat de salină la Tg. Ocna; instalaţii pentru mofetă; instalaţii pentru fizioterapie; săli pentru gimnastică medicală; buvete cu apă minerală pentru cură internă.

Baza modernă de diagnostic şi de tratament permite cura balneară în staţiunea Slănic-Moldova în toate anotimpurile.

Căi de acces: cale ferată - gara Salina pe linia Adjud — Târgu Ocna, de aici autobuz până în staţiune; DN 12 A Oneşti — Miercurea Ciuc până la Târgu Ocna, apoi l)N 12 B până în staţiune; DN 11 Bacău — Braşov până în Oneşti, apoi traseul prin TArgu Ocna.

SOVATA - Judeţul Mureş

Staţiune balneoclimaterică permanentă, aşezată într-o depresiune înconjurată de munţi împăduriţi la 44 km de Odorheiu Secuiesc. Altitudine 4KO-530 m.

Clima: subalpină de depresiune, continentală de coline cu ierni blânde ţi veri răcoroase. Temperatura medie anuală 7,6°C. Nebulozitate redusă vara şi ridicată iarna.

Factori naturali de cură: apa minerală clorursodică a lacului helioterm l Irsu, a cărei temperatură variază vara la l m adâncime între 30-40°C, iar la

l .M) m între 40-60°C; mineralizare totală 44184-172025 mg %o; nămol sapropelic (Lacul Negru) şi argilo-silicios (Lacul Aluniş); climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ginecologice; afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttrau-inulice); afecţiuni neurologice periferice.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală sftratfl extrasă din lacuri la cadă şi în bazine; împachetări calde cu nămol; instalaţii pentru tratamente ginecologice; instalaţii pentru fizioterapie; săli pi-ntru gimnastica medicală; ştrand pe malul lacului helioterm Ursu şi al Incului Aluniş pentru aero şi helioterapie etc.

l lotelul de cură Sovata legat prin culoare acoperite de la hotelurile llrfldet, Aluniş şi Făget, asigură un tratament balnear optim şi în afara sc/.onului cald.

('fii de acces: cale ferată - gara Sovata linia Blaj — Praid; DN 13 B Odorheiu Secuiesc — Sovata sau Bălăuşeri — Sovata; DN 13 B Gheorghieni Sovata; DN 15 apoi DJ 153 Reghin — Sovata. Din Sighişoara şi Târgu Mureş - curse regulate de autobuz până în staţiune.

STÂNA DE VALE - Judeţul Bihor

Sta|iune climaterică permanentă, situată pe versantul vestic al munţilor Rlhor, într-o depresiune înconjurată de munţi, la 25 km de Beiuş. Altitudine 1100 in.

Nicolas Evrard >OOOOOOCX>C

Clima: de munte. Temperatura medie anuală 50°C. Nebulozitate redusă. Zăpadă abundentă de lungă durată (noiembrie-aprilie).

Factori naturali de cură: ape oligominerale feruginoase; mineralizare totală 137 mg %o; bioclimat tonic caracterizat prin presiune atmosferică scăzută, radiaţia solară intensă şi ionizarea crescută a aerului.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni endocrine; nevroză astenică; afecţiuni respiratorii; surmenaj; tulburări de creştere.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi de plante la cadă; instalaţii pentru electroterapie.

Se recomandă şi pentru odihnă, sporturi de iarnă şi turism. Pârtii de schi şi săniuş. Posibilităţi de ascensiuni.

Căi de acces: cale ferată - gara Beiuş apoi autobuz până în staţiune; DN 76 Deva—Oradea până în Beiuş cu derivaţie DJ 764 A prin Budureasa până în staţiune.

TINCA - Judeţul Bihor

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată pe malul drept al Grisului Negru, la 41 km de Oradea şi 24 km de Salonta. Regiune de coline cu vegetaţie abundentă. Altitudine 130 m.

Clima: continentală, moderată cu influenţe mediteraneene. Temperatura medie anuală 10,5°C.

Factori naturali de cură: ape minerale bicarbonatate, calcice, magneziene, sodice, carbogazoase, hipotone; mineralizare totală 3096-7927 mg %o; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale tubului digestiv; afecţiuni hepato-biliare; afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni neurologice periferice.

Instalaţii pentru tratament: băi calde cu apă minerală; instalaţii pentru fizioterapie; sală pentru gimnastica medicală; buvete cu apă minerală pentru cura internă. Sanatoriu care funcţionează în timpul verii.

Căi de acces: calc ferată - gara Ţinea pe linia Holod — Salonta; DN 79 Arad — Oradea pAnfl la I,eş apoi DJ 792 A până în staţiune* sau DJ 765 Salonta — Ţinea.

VATRA DORNEI - Judeţul Suceava

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată în depresiunea Dornei, la confluenţa râului Dorna cu Bistriţa, 41 km de Câmpulung Moldovenesc, 82 km de Bistriţa şi 89 km de Poiana Teiului (Bicaz). Altitudine 800-810 m.

Clima: subalpinăde depresiune intramontană, munţi înconjurători având i ol de protecţie faţă de curenţii de aer din nord şi din nord-vest. Temperatura medie anuală 5,2°C.

Factori naturali de cură: ape minerale carbogazoase, bicarbonatate, li-niginoase, magneziene, sodice, calcice; mineralizare totală 1251-3144 mg %o; i le turbă; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului cardiovascular; afecţiuni ale aparatului locomotor; afecţiuni endocrine; afecţiuni ale aparatului digesliv; afecţiuni ginecologice şi dismetabolice.

l nstalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală In cadft şi în bazin; instalaţii pentru băi şi împachetări calde cu nămol; insliilajii pentru fizioterapie, pneumoterapie, fitoterapie; buvete cu apă minerrnlfl pentru cura internă; instalaţii pentru mofete; săli pentru gimnastica.

Posibilităţi de excursii în împrejurimi. Telescaun.

l lotclurile cu bază proprie de diagnostic şi tratament permit cura balneară 91 în afară sezonului cald.

(.'ăi de acces: cale ferată - gara Vatra Dornei; DN 17 Suceava — Câmpulung Moldovenesc — Vatra Dornei sau Bistriţa — Vatra Dornei; DN 17 B Poiana Teiului — Vatra Dornei; DN 17 B Poiana Teiului — Vatra Dornei; Dl 174 A Secu — Vatra Dornei.

VA J A DE JOS - Judeţul Hunedoara

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată la poalele munţilor /ai and, într-o zonă depresionară, la 54 km de Deva şi 52 km de oraşul IVlru (iro/a. Altitudine 230 m.

Clima: temperată. Temperatura medie anuală 9,5°C. Datorită aşezării salo este adăpostită de vânturi.

Nicolas Evrard :x>cxs<>c>ooo<:

Factori naturali de cură: ape minerale sodice, calcice, hipotone, clorurate, mezotermale (35-38,5°C); mineralizare totală 1084-1218 mg %o; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni neurologice periferice; nevroză astenică.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde la cadă şi în bazine acoperite; instalaţii pentru electroterapie; bazin pentru băi în aer liber; ştrand şi plajă pentru aerohelioterapie.

Căi **de** acces: cale ferată - gara Vata linia Arad —Ineu — Brad; DN 76 de la Deva sau Oradea — Beiuş, sau DJ 707 Abrud sau DN 79 A de la Sebiş, apoi derivaţie 2 km până în staţiune.

VÎLCELE - Judeţul Covasna

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată la poalele versanţilor împăduriţi ai munţilor Baraolt, în valea pârâului Vâlcele, 11 km de oraşul Sfântu Gheorghe. Altitudine 690 m.

Clima: subalpină, de depresiune montană, ferită de curenţi puternici. Temperatura medie anuală 6,5°C.

Factori naturali de cură: ape minerale carbogazoase, bicarbonatate, magneziene, calcice, sodice, feruginoase, hipotone; mineralizare totală 6643-8931 mg %o; climat de cruţare.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni cardiovasculare; afecţiuni ale tubului digestiv; afecţiuni hepato-biliare; boli de nutriţie şi metabolice; nevroză astenică.

Instalaţii pentru tratament: instalaţii pentru băi calde cu apă minerală; buvete cu apă minerală pentru cura internă. Sanatoriu pentru copii.

Căi de acces: cale ferată - gara Sfântu Gheorghe, de aici cu autobuzul, cursă locală regulată; DN 11 sau DN 12 Braşov — oraşul Sfântu Gheorghe apoi DJ 103 până în staţiune.

LITORALUL MĂRII NEGRE - un nesecat izvor de sănătate

* Factori terapeutici naturali inestimabili
• Climă maritimă, de litoral
* Durata de strălucire a soarelui 2400-2500 ore pe an
* Vara durata de strălucire a soarelui 10-12 ore/zi
• Variate mijloace de agrement
• C'ondiţii excelente de sejur

MAMAIA - Municipiul Constanta

Staţiune climaterică sezonieră, situată la Marea Neagră, între mare şi Incul Mamaia, 7 km nord de Constanţa. Altitudine 0-8 m.

(lima: maritimă, de litoral. Temperatura medie anuală 11,3°C. în timpul verii se înregistrează în medie peste 25 de zile însorite lunar. Briză marină.

Factori naturali de cură: apa mării; nisipul plajei; climatul cu caracter excitant bazat pe o mare intensitate a radiaţiei solare. Aerul este bogat în aerosoli terapuetici, conţinând sodiu, clor, magneziu, brom şi iod.

Indicaţii terapeutice: Mamaia, deşi nu este o staţiune de tratament, ilatorita caracteristicilor sale climetice este indicată pentru hipotiroidism, linilalism, rahitism, decalcifieri, stări de debilitate etc.

Căi de acces: avion până la aeroportul Mihail Kogălniceanu - 4t-
('onsianţa, de aici autobuz până la Constanţa — în continuare autobuz sau lioleilnr/. până la Mamaia; cale ferată - gara Constanţa apoi autobuz sau ti olcibu/. până în staţiune; DN 2 A (E 15) Bucureşti — Constanţa cu derivaţie spre Mamaia; DN 3 Ostrov — Constanţa; DN 39 Mangalia — Constanţa.

El ORIE NORD
EFORIE SUD - Municipiul Constanţa

K/or ic Nord - staţiune balneoclimaterică permanentă.
bifării- Sud - staţiune balneoclimaterică sezonieră.

Nicolas Evrard >cx^>cxcx3>oocx:

Staţiuni situate între ţărmul Mării Negre şi lacul Techirghiol, 14 şi respectiv 18 km de Constanţa. Altitudine 0-20 m.

Clima: maritimă, de litoral. Temperatura medie anuală 11,3°C. Nebulozitate redusă. Briză marină.

Factori naturali de cură: apa sărată a lacului Techirghiol (concentraţie 80 g săruri %o); nămol sapropelic extras din lacul Techirghiol; apa mării (concentraţie 15,5 g săruri %o); nisipul plajei; climatul cu caracter stimulativ, reconfortant; bogat în aerosoli salini terapeutici.

Indicaţii terapeutice: afecţiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice); afecţiuni neurologice periferice; afecţiuni ginecologice; afecţiuni respiratorii; afecţiuni dermatologice.

Indicaţii pentru tratament:

Eforie Nord: instalaţii pentru băi saline, concentrate, calde, cu apă adusă din lacul Techirghiol sau din mare, la cadă sau în bazine; instalaţii pentru împachetări calde cu nămol şi băi calde cu nămol; instalaţii pentru electroterapie, hidroterapie, mecanoterapie, vertebroterapie; instalaţii pentru aerosoli; săli pentru gimnastică medicală; saună; băi cu plante medicinale; instalaţii pentru tratament cu nămol rece pe maul lacului Techirghiol. Tratamente geriatrice, cu Pell-Amar şi Boicil Forte.

Eforie Sud: în timpul verii ungeri cu nămol rece şi băi în apa lacului Techirghiol; amenajări pentru aerohelioterapie. Sanatoriu pentru copii.

Căi de acces: avion până la Constanţa, de aici tren sau autobuz până până în staţiune; cale ferată - gările Eforie Nord şi Eforie Sud; DN 39 (E 95).

TECHIRGHIOL - Municipiul Constanţa

Staţiune balneoclimaterică permanentă, situată pe malul nord-vestic al lacullui Techirghiol, la 16 km de Constanţa. Altitudine 1.5-20 m.

Clima: de stepă, parţial influenţată de climatul marin. Temperatura medie anuală 11,3°C. Nebulozitate redusă. Colinele înconjurătoare apără staţiunea de vfmiuri.

Factori niilin «li «le cură: apa sărată concentrată a lacului Techirghiol; nămolul sapio|K-lu cMm.s din Ine; climatul excitant, stimulativ.

La Editura *LV C M AN* au apărut:

a) în colecţia de carte şcolară

— ***Gramatica limbii engleze***
de Georgiana Gălăţeanu-Fârnoagă
— ***Exerciţii de gramatică engleză***
de Georgiana Gălăţeanu-Fârnoagă
—***Sinteze de gramatică engleză, exerciţii şi teste de evaluare***
de Georgiana Gălăţeanu-Fârnoagă
— ***O gramatică pentru toţi***
de Georgeta Cristian-Foghel
— ***Ghid de conversaţie român-turc***
de Agiemin Baubec şi Ferian Ismail \î

b) în colecţia OZN

— ***întoarcerea la stele***
de Erich von Däniken (nr. 1)
— ***Străini veniţi din spaţiu***
de Donald Keyhoe (nr. 2)
— ***Misterul lumilor uitate***
de Charles Berlitz (nr. 3)
— ***Kiribati***
de Erich von Däniken (nr. 4)

c) în colecţia PARANORMAL

— ***Trăim numai o viaţă?***
de Richard Rifkin (nr. 1)
— ***Secretele decorporării***
de Bernard Raquin (nr. 2)
— *Lumea misterelor (ghidfundamental de esoterism şi parapsihologic)*
de Paola Giovetti (nr. 3)

d) în colecţia **CARTEA**

— *Cartea verde - Cum să trăim sănătos şi ieftin*
de A.G. White

Nicolas Evrard

>CXD<^OCX>OOC

— ***Cartea medicinei - Ghid complet de medicină complementară***
de William Collinge
— ***Iliada, Odiseea şi Eneida, repovestite pentru copii***
de George Andreescu
— ***Cartea Sănătăţii***
de Nicolas Evrard

Lucrări în curs de apariţie:

a) Carte şcolară

— ***Dicţionar de mituri, simboluri şi credinţe***
de Catherine Pont-Humbert
Ghid fundamental de cultură generală pentru elevi
de Paul Godard

b) Colecţia OZN

— ***Imperiul extraterestru***
de Andreas von Retyi
— ***Ultra Top Secret***
de Jean Sider
— ***Roswell, ultimul scenariu***
de Rene Coudris

c) Colecţia PARANORMAL

— ***Toţi suntem nemuritori***
de Patrick Drouot
— ***în căutarea vieţilor anterioare***
de Bernard Raquin

d) Colecţia CARTEA

— ***Cartea energiilor***
de William Collinge

Cei interesaţi în procurarea titlurilor de mai sus pot lansa comenzi direct Editurii ***Lutman*** prin telefon/fax **016.17.12.55,** cu indicarea exactă a adresei destinatarului, plata urmând a se face prin ramburs la primirea coletului.